



**UNIVERSIDAD DE MURCIA**  
**FACULTAD DE DERECHO**

Internados Psiquiátricos por Razón Penal:  
Análisis Clínico y Forense de los Patrones  
de Respuesta.

Dña. Milagros Piedad López Martínez

**2015**



# UNIVERSIDAD DE MURCIA

## FACULTAD DE DERECHO

Internados psiquiátricos por razón penal: Análisis clínico  
y forense de los patrones de respuesta.

Doctoranda: Doña. Milagros Piedad López Martínez.

Directores de Tesis: Dr. D. Eduardo Osuna Carrillo de Albornoz.

Dr. D. Ramón Arce Fernández.

Dr. D. David Lorenzo Morillas Fernández.

2015



## INDICE

<b>CAPITULO I: EL ENFERMO MENTAL EN EL AMBITO PENITENCIARIO.....</b>	<b>31</b>
I. Las instituciones penitenciarias.....	33
II. El tratamiento penitenciario.....	37
III. El internamiento judicial del enfermo mental. El hospital psiquiátrico penitenciario.....	38
IV. Orígenes de las instituciones psiquiátrico-penitenciarias.....	47
<b>CAPITULO II: LA ATENUACION DE LA RESPONSABILIDAD CRIMINAL.....</b>	<b>53</b>
I. Imputabilidad y culpabilidad.....	55
II. La imputabilidad en el Código Penal.....	58
III. Supuestos legales de exención de la responsabilidad por razones psíquicas.....	60
<b>CAPITULO III: LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD.....</b>	<b>73</b>
I. Fines de las medidas de seguridad.....	75
II. Las medidas de seguridad y reinserción social en el marco jurídico.....	78
III. Principios rectores de las medidas de seguridad.....	83
III.1. Principio de legalidad.....	83
III.2. Principio de Jurisdiccionalidad.....	83
III.3. Principio de Proporcionalidad.....	84
III.4. Principio de Finalidad terapéutica preferente.....	84
III.5. Principio de Obligatoriedad del cumplimiento de la medida.....	85

**CAPITULO IV: LA VIOLENCIA, LA PELIGROSIDAD Y LA VALORACION DEL RIESGO..... 87**

I. La violencia..... 89

II. El comportamiento antisocial..... 95

III. Los delincuentes violentos..... 100

IV. La peligrosidad criminal..... 101

V. La valoración del riesgo..... 109

VI. Análisis histórico del proceso evaluador..... 116

    VI. 1. Primera etapa..... 116

    VI. 2. Segunda etapa o empírica..... 117

    VI. 3. Tercera etapa o actuarial..... 118

    VI. 4. Cuarta etapa. La evaluación mixta clínico-actuarial..... 120

    VI. 5. Quinta etapa..... 123

VII. El estudio del MacArthur sobre evaluación del riesgo de violencia (MacArthur violence risk assessment study)..... 124

**CAPITULO V: LA ENFERMEDAD MENTAL Y LA VIOLENCIA..... 127**

I. Una relación discutible..... 129

II. Análisis bibliográfico de la asociación entre enfermedad mental y violencia..... 135

**CAPITULO VI: LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD Y LA CONDUCTA VIOLENTA..... 147**

I. La personalidad..... 149

II. Los trastornos de la personalidad..... 150

    II. 1. Trastorno de la personalidad paranoide..... 154

II. 2. Trastorno de la personalidad esquizoide.....	156
II. 3. Trastorno de la personalidad esquizotípica.....	157
II. 4. Trastorno de la personalidad antisocial.....	159
II. 5. Trastorno de la personalidad límite.....	163
II. 6. Trastorno histriónico de la personalidad.....	166
II. 7. Trastorno narcisista de la personalidad.....	167
II. 8. Trastorno de la personalidad por evitación.....	169
II. 9. Trastorno dependiente de la personalidad.....	170
II. 10. Trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad.....	172
II. 11. Otros trastornos de la personalidad. Trastorno sádico de la personalidad.....	174
III. Valoración criminológica y forense de los trastornos de la personalidad.....	175
IV. Los trastornos de personalidad y la conducta violenta.....	177
V. Los test de personalidad.....	184

## **CAPITULO VII: LA SIMULACION..... 187**

I. La simulación y la respuesta distorsionada.....	189
II. Detección de la simulación.....	195
III. Pruebas utilizadas para el diagnóstico de la simulación.....	199
III. 1. Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI-2).....	204
III. 2. Inventario de evaluación de la personalidad (PAI).....	205
III. 3. Inventario de Síntomas de Derogatis-Revisado (SCL-90-R).....	205
III. 4. Instrumentos de <i>screening</i> .....	206
III. 5. Evaluación neuropsicológica de la simulación.....	207
III. 6. Tests específicos de simulación del déficit neurocognitivo.....	207
III. 6. 1. Test simples ejecutados normalmente por personas con daño cerebral.....	208
III. 6. 2. Medidas de esfuerzo y motivación basados en test de elección forzada.....	209

III. 6. 3. Valoración de la simulación a través del análisis de patrones de actuación atípico en test neuropsicológicos estandarizados.....	210
---	-----

**CAPITULO VIII: UTILIZACIÓN DEL MMPI-2 Y DEL SCL-90-R EN PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA FORENSE..... 211**

I. Inventario multifásico de personalidad de Minnesota 2 (MMPI-2).....	213
--	-----

II. Inventario de síntomas de Derogatis-Revisado (SCL-90-R).....	225
--	-----

**CAPITULO IX: JUSTIFICACION 229**

**CAPITULO X: MATERIAL Y METODOS..... 235**

I. Procedimiento, participantes y características de la muestra de estudio.....	237
---	-----

II. Instrumentos de medida.....	249
---------------------------------	-----

III. Análisis y tratamiento de los datos.....	252
---	-----

**CAPITULO XI: RESULTADOS..... 255**

I. Descripción de las variables estudiadas.....	257
---	-----

II. Análisis descriptivo de los resultados.....	262
---	-----

II.1. Variables psiquiátricas.....	262
------------------------------------	-----

II.2. Variables delictivas.....	283
---------------------------------	-----



II.3 Variables relacionadas con el Inventario de Síntomas de Derogatis-Revisado (SCL-90-R).....	319
---	-----

<b>CAPITULO XII: DISCUSION.....</b>	<b>331</b>
-------------------------------------	------------

<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>377</b>
--------------------------	------------

<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>383</b>
--------------------------	------------

<b>MARCO JURISPRUDENCIAL Y OTRAS SENTENCIAS.....</b>	<b>423</b>
--	------------

<b>ANEXOS.....</b>	<b>427</b>
--------------------	------------



## INDICE DE TABLAS

TABLA 1- DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDAD.....	242
TABLA 2- ESTADO CIVIL.....	243
TABLA 3- N° DE HIJOS.....	243
TABLA 4- ESTADISTICOS DESCRIPTIVOS DE LA VARIABLE N° DE HIJOS.....	244
TABLA 5- VINCULACION FAMILIAR.....	244
TABLA 6- LUGAR DE NACIMIENTO.....	245
TABLA 7- LUGAR DE RESIDENCIA.....	246
TABLA 8- NIVEL DE ESTUDIOS.....	248
TABLA 9-PERCEPCION ECONOMICA.....	248
TABLA 10- FIABILIDAD DE LAS ESCALAS DEL SCL-90 CON UNA MUESTRA PSIQUIATRICA NORTEAMERICANA.....	250
TABLA 11- FIABILIDAD DE LAS ESCALAS DEL SCL-90 CON UNA MUESTRA PSIQUIATRICA ESPAÑOLA.....	251
TABLA 12- COEFICIENTE INTELECTUAL (AGRUPADO).....	262
TABLA 13- ¿ESTA INCAPACITADO?.....	263
TABLA 14- ¿TIENE TUTOR?.....	264
TABLA 15- RIESGO DE SUICIDIO.....	265
TABLA 16- ¿INTENTOS DE SUICIDIO?.....	265
TABLA 17- DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO RECOGIDO EN LA SENTENCIA.....	267
TABLA 18- DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO PRINCIPAL TRAS EXAMEN EN EL HOSPITAL PSIQUIATRICO PENITENCIARIO DE ALICANTE.....	268
TABLA 19- DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO PRINCIPAL TRAS EL EXAMEN EN EL HOSPITAL PSIQUIATRICO PENITENCIARIO DE ALICANTE (AGRUPADO).....	270
TABLA 20- CONCIENCIA DE ENFERMEDAD.....	271
TABLA 21- ANTECEDENTES PSIQUIATRICOS DEL INTERNO.....	273
TABLA 22- ¿INGRESOS PREVIOS EN UN HOSPITAL PSIQUIATRICO CIVIL?.....	274
TABLA 23-ESTADISTICOS DESCRIPTIVOS DEL N° DE INGRESOS EN PSIQUIATRICOS CIVILES N=102.....	275
TABLA 24-ESTADISTICOS DESCRIPTIVOS DEL N° DE INGRESOS EN PSIQUIATRICOS CIVILES N=60.....	275
TABLA 25- ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS FAMILIARES.....	276

TABLA 26- INGRESOS EN LA UNIDAD DE AGUDOS EN EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO PENITENCIARIO DE ALICANTE.....	277
TABLA 27- ¿ENFERMEDADES SOMATICAS?.....	278
TABLA 28- AGRUPACION ENFERMEDADES SOMATICAS.....	279
TABLA 29- CONSUMO DE SUSTANCIAS TOXICAS.....	281
TABLA 30- CONSUMO DE MAS DE 4 SUSTANCIAS.....	282
TABLA 31- ANTECEDENTES DELICTIVOS.....	284
TABLA 32- EDAD COMISION PRIMER DELITO.....	284
TABLA 33- PROCEDE DE OTRO CENTRO PENITENCIARIO.....	285
TABLA 34- CENTROS DE CUMPLIMIENTO DONDE HA ESTADO.....	286
TABLA 35- ESTADISTICOS DESCRIPTIVOS DURACION DE INGRESO EN CENTROS ORDINARIOS N=102.....	287
TABLA 36- ESTADISTICOS DESCRIPTIVOS DURACION DE INGRESO EN CENTROS ORDINARIOS N=58.....	287
TABLA 37- ESTADISTICOS DESCRIPTIVOS DURACIÓN EN HPP N=102.....	288
TABLA 38- ESTADISTICOS DESCRIPTIVOS DURACIÓN EN HPP N=14.....	288
TABLA 39- INGRESOS PREVIOS EN EL HOSPITAL PSIQUIATRICO PENITENCIARIO DE ALICANTE.....	289
TABLA 40- SITUACION PENAL (EXIMENTE, ATENUANTE O MEDIDA DE SEGURIDAD APLICADA).....	291
TABLA 41- ¿TIENE MAS DE UNA CONDENA?.....	292
TABLA 42- TIPO DE DELITO COMETIDO (PRINCIPAL).....	393
TABLA 43- TIPO DE DELITO (AGRUPADO).....	295
TABLA 44- EDAD CUMPLIMIENTO DE MEDIDA N=102.....	296
TABLA 45- ORDEN DE ALEJAMIENTO.....	297
TABLA 46- SALIDAS TERAPEUTICAS.....	298
TABLA 47- PERMISOS FAMILIARES.....	298
TABLA 48- ANÁLISIS DE CONTIGENCIA ENTRE VARIABLES POLICONSUMO – ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS.....	301
TABLA 49- ANÁLISIS DE CONTIGENCIA ENTRE VARIABLES POLICONSUMO – ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS. PRUEBAS DE CHI-CUADRADO.....	302
TABLA 50- ANÁLISIS DE CONTINGENCIA: DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO – TIPO DE DELITO (AGRUPADO). .....	304

TABLA 51- PRUEBAS DE CHI-CUADRADO. ....	306
TABLA 52- MEDIAS OBSERVADAS, INTERVALO DE CONFIANZA PARA LA MEDIA, REGIÓN DE NORMALIDAD Y COMPARACIÓN DE MEDIAS.....	307
TABLA 53-TASA DE CLASIFICACIÓN DE LOS INDICADORES DE INCONSISTENCIA Y CAMBIO DEL ESTILO DE RESPUESTA.....	310
TABLA 54- TASA DE CLASIFICACIÓN DE LOS INDICADORES DE SIMULACIÓN EN INTERNADOS PSIQUIÁTRICOS Y PENADOS NO-PSIQUIÁTRICOS.....	311
TABLA 55- ANÁLISIS ACUMULATIVO DEL NÚMERO DE INDICADORES DE SIMULACIÓN POR POBLACIÓN.....	312
TABLA 56- TASA DE CLASIFICACIÓN DE LOS INDICADORES DE DISIMULACIÓN EN INTERNADOS PSIQUIÁTRICOS Y PENADOS NO-PSIQUIÁTRICOS.....	314
TABLA 57- ANÁLISIS ACUMULATIVO DEL NÚMERO DE INDICADORES DE DISIMULACIÓN POR POBLACIÓN.....	315
TABLA 58- PRUEBA “T” PARA UNA MUESTRA, SIGNIFICACIÓN UNILATERAL. VALOR DE PRUEBA = 70.....	317
TABLA 59- CONTRASTE DE LA PREVALENCIA DE CASOS CLÍNICOS EN LA POBLACIÓN PSIQUIÁTRICA PENITENCIARIA CON LA PROBABILIDAD ESPERADA EN LA POBLACIÓN NORMATIVA.....	318
TABLA 60- ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS SCL-90, N=102.....	319
TABLA 61- ESCALAS BÁSICAS DE EVALUACIÓN CLÍNICA DEL SCL-90. VALORES “T” PARA UNA MUESTRA.....	321
TABLA 62- ESCALAS GLOBALES DE EVALUACIÓN DEL SCL-90. VALORES “T” PARA UNA MUESTRA.....	323
TABLA 63- CONTRASTE DEL ESTADO CLÍNICO DE LOS PACIENTES PSIQUIÁTRICOS PENITENCIARIOS CON LA POBLACIÓN PSIQUIÁTRICA.....	324
TABLA 64- CONTRASTE DEL ESTADO CLÍNICO DE LOS PACIENTES PSIQUIÁTRICOS INTERNOS CON LA POBLACIÓN RECLUSA.....	326



## INDICE DE FIGURAS

FIGURA 1- GENERO DE LA MUESTRA %.....	241
FIGURA 2- DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDAD %.....	242
FIGURA 3- INCAPACITADO CIVILMENTE %.....	263
FIGURA 4- TUTOR %.....	264
FIGURA 5- RIESGO DE SUICIDIO %.....	265
FIGURA 6- INTENTOS DE SUICIDIO %.....	266
FIGURA 7- DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO EN SENTENCIA%.....	268
FIGURAS 8- DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO (CUADRO PRINCIPAL) HPP %.....	269
FIGURA 9- DIFERENCIA DE DIAGNOSTICO DE ENFERMEDAD MENTAL DE SENTENCIA Y HPP.....	270
FIGURA 10- DIAGNOSTICOS HPP (AGRUPADO).....	271
FIGURA 11- CONCIENCIA DE ENFERMEDAD %.....	272
FIGURA 12- ANTECEDENTES PSIQUIATRICOS DEL INTERNO%.....	273
FIGURA 13- INTERNAMIENTOS PREVIOS EN HOSPITAL PSIQUIÁTRICO CIVIL%....	274
FIGURA 14- MEDIA N° DE INGRESOS EN HOSPITAL PSIQUIATRICO CIVIL.....	275
FIGURA 15- ANTECEDENTES PSIQUIATRICOS FAMILIARES.....	276
FIGURA 16- ¿HA TENIDO INGRESOS EN LA UNIDAD DE AGUDOS?.....	277
FIGURA 17- ENFERMEDADES SOMATICAS.....	278
FIGURA 18- AGRUPACION ENFERMEDADES SOMATICAS.....	279
FIGURA 19- CONSUMO.....	282
FIGURA 20- HISTORIAL DE POLICONSUMO.....	283
FIGURA 21- ANTECEDENTES DELICTIVOS.....	284
FIGURA 22- ¿PROCEDE DE OTRO CENTRO PENITENCIARIO?.....	285
FIGURA 23- MEDIA DE HOSPITALIZACION EN MESES.....	289

FIGURA 24- ¿HA TENIDO INGRESOS EN EL HPPA?.....	290
FIGURA 25- SITUACION PENAL (EXIMIENTE, ATENUANTE O MEDIDA DE SEGURIDAD APLICADA).....	292
FIGURA 26- ¿TIENE MAS DE UNA CONDENA?.....	293
FIGURA 27- TIPO DE DELITO COMETIDO (AGRUPADO).....	296
FIGURA 28- ¿TIENE ORDEN DE ALEJAMIENTO?.....	297
FIGURA 29- ¿REALIZA SALIDAS TERAPEUTICAS?.....	298
FIGURA 30- PERMISOS DE SALIDA CON FAMILIA.....	299
FIGURA 31- POLICONSUMO.....	303
FIGURA 32- DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO (AGRUPADO).....	306
FIGURA 33- INDICADORES DE SIMULACION.....	313
FIGURA 34- INDICADORES DE SIMULACION.....	316
FIGURA 35- ESCALAS BASICAS DEL MMPI-2.....	317
FIGURA 36- ESCALAS DEL SCL-90.....	320
FIGURAS 37 Y 37 BIS- CONTRASTE ENTRE LOS RASGOS PSICOPATOLOGICOS DE LA MUESTRA Y POBLACION NORMALIZADA.....	322
FIGURA 38- CONTRASTE ENTRE LOS RASGOS PSICOPATOLOGICOS DE LA MUESTRA Y POBLACION PSIQUIATRICA.....	323
FIGURA 39 Y 39 BIS- CONTRASTE DEL ESTADO CLINICO DE LA MUESTRA Y POBLACION PSIQUIATRICA.....	325
FIGURA 40 Y 40 BIS- CONTRASTE DEL ESTADO CLINICO DE LA MUESTRA Y POBLACION PSIQUIATRICA.....	327



## **TABLA DE ABREVIATURAS**

LOGP: Ley Orgánica General Penitenciaria

CE: Constitución Española.

ART.: Artículo.

S.: Siglo.

RD: Real Decreto.

CP: Código Penal.

STS: Sentencia Tribunal Supremo.

TS: Tribunal Supremo.



# **CAPÍTULO I**

## **EL ENFERMO MENTAL EN EL ÁMBITO PENITENCIARIO**



## I. LAS INSTITUCIONES PENITENCIARIAS

El fin primordial de las instituciones penitenciarias, de acuerdo al art. 25.2 de la Constitución Española<sup>1</sup> en adelante CE, es la reinserción y reeducación<sup>2</sup> social de los sujetos que cumplen condena en los establecimientos penitenciarios. Así lo incluye el marco normativo básico del sistema penitenciario español<sup>3</sup> que recoge y hace suyas las recomendaciones establecidas en las Normas Penitenciarias Europeas.

En este sentido, el art. 1 del preámbulo de la Ley Orgánica General Penitenciaria, de septiembre de 1979, en adelante LOGP, establece que “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” y el art. 3 señala que “La actividad penitenciaria se ejercerá respetando, en todo caso, la personalidad humana de los reclusos y los derechos e intereses jurídicos de los mismos no afectados por la condena, sin establecerse diferencia alguna por razón de raza, opiniones políticas, creencias religiosas, condición social o cualesquiera otra circunstancias de análoga naturaleza”.

---

<sup>1</sup> El art. 25.2 establece que “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>2</sup> El concepto reeducar, según recoge el Diccionario de la Lengua Española de la Real Academia, proviene de la medicina y su significado es “Volver a enseñar, mediante movimientos y maniobras regladas, el uso de los miembros u otros órganos, perdido o dañado por ciertas enfermedades”, definiendo por lo tanto la reeducación como “el conjunto de técnicas o ejercicios empleados para recuperar las funciones normales de una persona que se han visto afectadas por cualquier proceso”. Trasladados dichos conceptos al tema que nos ocupa la reeducación en el medio penitenciario podemos entenderla como volver a enseñar al sujeto una serie de conocimientos, capacidades, habilidades y hábitos que les permitan compensar sus carencias, llevando a cabo dicho objetivo a través del conjunto de técnicas y actividades (formativas, deportivas, de tratamiento,...) programadas para tal efecto. A su vez, el concepto de reinserción social viene definido en el diccionario de la Real Academia Española como “la acción y efecto de reinsertar” es decir “volver a integrar a la sociedad a alguien que estaba condenado penalmente o marginado”.

<sup>3</sup> La aprobación de Ley Orgánica General Penitenciaria, de septiembre de 1979, supuso un importante cambio al conferir autonomía a este sector del ordenamiento jurídico penal y equiparar la legislación penal, la procesal y la penitenciaria. Su normativa se basa en unas disposiciones mínimas inspiradas en las recomendaciones de Naciones Unidas y el Consejo de Europa, en los acuerdos internacionales sobre derechos humanos y en la CE, sobre el tratamiento de los reclusos.

Así pues, la labor fundamental, que asignan la CE y la LOGP al sistema penitenciario, consiste en garantizar el cumplimiento de las penas impuestas por los jueces, asegurar la custodia de los reclusos y proteger su integridad. Pero esta misión no sería completa ni eficaz si no estuviera orientada a la rehabilitación. Se pretende que el paso por la cárcel no sirva, como en tiempos pasados, a modo de escuela de delincuentes sino, por el contrario, para prepararles para una vida en libertad en la que prime el respeto a las normas sociales y al mandato de las leyes. Por ello, el esfuerzo se dirige, sobre todo, a utilizar los medios laborales y educativos que les ayuden a enfrentarse con éxito a la nueva vida que les espera cuando los internos finalicen su estancia en el centro penitenciario.

El principio de lo que será el actual sistema penitenciario, viene marcado por el asentamiento de algunos de los pilares fundamentales de nuestro ordenamiento, que tuvo lugar durante el S. XIX. Nos referimos a la clasificación de centros, la separación de menores y mujeres, el sistema progresivo, la reducción de condena y la libertad condicional. Se suprimieron también las penas de trabajo y de galeras y se estableció la prisión como pena privativa de libertad, a la vez que los presidios pasaron a ser competencia de las autoridades civiles y no militares.

En 1807 se promulga el Reglamento General de Presidios Peninsulares, con el fin de regular los presidios creados en la península. La Ordenanza General de Presidios del Reino, de 14 de abril de 1834, se configura como la primera norma penitenciaria no militar, aunque el régimen interior de los centros siga sometido a normativa militar, pasando a depender estos del Ministerio de Fomento.

El 26 de Julio de 1849 se publica la Ley de Prisiones que establece un régimen general de prisiones, cárceles y casas de corrección, creándose tres tipos de establecimientos y promulgando la clasificación de los delincuentes según sexo, edad y causas políticas. Con la instauración de la Real Orden de 3 de septiembre de 1852, se amplían los criterios de clasificación: sexo, edad, tipología delictiva y situación procesal. El 5 de diciembre de 1870 se publica un decreto que alude a dos tipos de clasificación: en función de la pena y otra interior, en cada establecimiento. No es hasta 1881, cuando se establece el sistema de oposición para el acceso a funcionario de prisiones.

La clasificación de los establecimientos penitenciarios sufre una profunda reforma con la publicación, el 6 de noviembre de 1885, de un Real Decreto, en adelante RD, que los

agrupa en: primera clase (Ceuta y Alcalá de Henares), de segunda (condenados a cadenas y reclusión temporal), de tercera (penas de presidio y prisión mayor), de cuarta (correccionales) y de quinta clase (establecimientos mixtos en la islas Baleares y Canarias).

El RD de 3 de julio de 1901 adopta un nuevo sistema de clasificación que considera el género y la reincidencia como principios fundamentales de clasificación. Se implanta además el sistema progresivo y se individualiza el tratamiento penitenciario. En 1930 es aprobado un nuevo Reglamento que supuso la potenciación del sistema de permisos, libertad condicional, retirada de grilletes, hierros y cadenas de sujeción, la creación del Instituto de Estudios Penales y una gran reforma y construcción de establecimientos penitenciarios. La redención de penas por el trabajo para todos los presos comunes no se hace realidad hasta su incorporación al Código Penal, en adelante CP, de 1944.

El 5 de marzo de 1948, con la idea de unificar toda la normativa existente, se aprueba un nuevo Reglamento Penitenciario, que años más tarde fue sustituido, por el Reglamento de Servicio de Prisiones de 2 de febrero de 1956. Durante los años posteriores, este reglamento va sufriendo diversas reformas, entre las que hay que destacar la creación de los equipos de observación y tratamiento. En 1968 y, posteriormente en 1977, como resultado de los cambios políticos producidos tras la muerte del General Franco, se introducen mejoras como las relacionadas con el régimen de permisos, comunicaciones y visitas y la participación de los internos en actividades recreativas, culturales y deportivas.

El 26 de septiembre de 1979 se aprueba la LOGP, que permanece vigente hasta nuestros días. La propia Ley, en su disposición final segunda, establece la necesidad de crear un Reglamento que desarrolle la misma, de ahí que por RD de 8 de mayo de 1981 se aprueba el Reglamento Penitenciario que será válido hasta la entrada en vigor del actual, el 25 de mayo de 1996.

La CE de 1978 establece en su art. 149.1.6 que el Estado tiene competencia exclusiva sobre la materia de legislación penitenciaria. Su ejecución puede ser asumida por las diferentes Comunidades Autónomas, y esa voluntad queda recogida en diversos Estatutos de Autonomía que les atribuyen esta competencia.

Las Instituciones Penitenciarias dependientes de la Administración Central del Estado (Ministerio del Interior), están administrativamente organizadas por la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias y Unidades de Apoyo cuyo titular tiene el rango de Secretario

General y está a su vez dividida en siete Subdirecciones Generales, cuyos titulares tienen el rango de Subdirectores. Cataluña es la única comunidad que, hasta el momento, ha ejercido su derecho de ejecución de la legislación penitenciaria en su ámbito territorial.

En la actualidad, la Administración General del Estado cuenta con 68 centros penitenciarios ordinarios, 32 Centros de Inserción Social, 3 Unidades de Madres, 2 Psiquiátricos Penitenciarios (Alicante con 400 camas y Sevilla con 190 camas) y 56 Unidades Dependientes. En Cataluña hay 12 centros penitenciarios ordinarios y un Hospital Psiquiátrico Penitenciario (Can Brians, Barcelona con 68 camas), que se une a los dos anteriores gestionados por la Administración estatal. La única unidad de hospitalización psiquiátrica para mujeres es un ala del Pabellón 1 del Psiquiátrico Penitenciario de Alicante (40 camas). Para personas con retraso mental se encuentra el Módulo de discapacitados (antes, Unidad Educativa Especial) del Centro Penitenciario de Segovia, que entró en funcionamiento el 25 de febrero de 2004.

El diseño de los centros ha evolucionado en los últimos años con mejoras de concepto y con la aplicación de una funcionalidad que permite adecuarlos a los nuevos objetivos de rehabilitación y formación de los internos.

Hoy en día, los centros penitenciarios están concebidos arquitectónicamente con una tipología modular que posibilita crear espacios que facilitan la vida diaria en la prisión y responden a la doble función de lugar de custodia y espacio favorecedor de la rehabilitación. Están configurados, pues, para ser instrumentos eficaces para la educación y reinserción de los internos, al tiempo que garantizan su seguridad y el cumplimiento de las penas.



## II. EL TRATAMIENTO PENITENCIARIO

El concepto de tratamiento penitenciario aparece unido históricamente al de rehabilitación<sup>4</sup>, dado que la reinserción social es una meta suprapenitenciaria, el tratamiento en prisión debemos entenderlo como uno de los caminos posibles pero ni el único ni el más importante.

Las definiciones existentes de tratamiento penitenciario, son variadas según partamos de un punto de vista jurídico, sociológico, psicológico o integrador. En nuestra opinión, se debe establecer un concepto restringido del mismo y para ello, se debe establecer una serie de diferencias con otros conceptos próximos. Una primera distinción se puede establecer entre lo que se denomina tratamiento penal y tratamiento penitenciario, ya que en ocasiones estos términos son utilizados indistintamente por juristas y criminólogos. El tratamiento penal se refiere a los distintos tipos de penas (condena condicional, localización permanente, multa...) que son aplicadas a los delincuentes, en orden a conseguir la no reincidencia, mientras que el tratamiento penitenciario ha de referirse a las diversas actuaciones desarrolladas durante el cumplimiento de la pena y que van dirigidas a la reinserción y rehabilitación del delincuente.

Las principales características del tratamiento penitenciario son las siguientes: en primer lugar, como todo tratamiento, implicaría una serie de actuaciones tendentes a influir en el individuo y su situación para modificar una determinada conducta o para potenciar la adquisición de conductas nuevas; en segundo lugar, el marco del tratamiento penitenciario es la institución penitenciaria, por lo que las conductas a modificar han de ser aquellas que tengan relación con la génesis y el mantenimiento del comportamiento delictivo.

---

<sup>4</sup> La LOGP en su art. 59.1 señala que “el tratamiento penitenciario consiste en el conjunto de actividades directamente dirigidas a la consecución de la reeducación y reinserción social de los penados”, siendo este a su vez el fin primordial de las instituciones penitenciarias. En su apartado 2 hace referencia al objetivo de dicho tratamiento, que es no es otro que capacitar al interno para vivir respetando la ley, subvenir a sus necesidades y desarrollar una actitud de respeto y de responsabilidad individual y social.

### III. EL INTERNAMIENTO JUDICIAL DEL ENFERMO MENTAL. EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO PENITENCIARIO

Se estima que hay más de 10 millones de presos en todo el mundo<sup>5</sup>, población que ha ido creciendo 1 millón de internos por década. En 2008, el país con mayor número de personas encarceladas es EEUU, con un número aproximado de 2,3 millones y la tasa más alta *per cápita* de la población (756 por 100.000 personas en comparación a 145 por 100.000 en el resto del mundo). También destacan China, Rusia, Brasil y la India con más de un cuarto de millón de internos en cada uno de los países.

Una característica destacada en numerosos estudios es que en la población de internos las tasas de trastornos psiquiátricos son más elevadas que en la población general, con patologías entre las que sobresalen la psicosis, la depresión, los trastornos de la personalidad y el abuso de sustancias, que, a su vez, son factores de riesgo que contribuyen a explicar otra característica de esta población como son las elevadas tasas de suicidio<sup>6</sup>, una mortalidad prematura tras la liberación de la prisión<sup>7</sup> y el aumento de las tasas de reincidencia<sup>8</sup>.

Los estudios epidemiológicos demuestran el incremento progresivo de enfermos mentales en instituciones penitenciarias<sup>9</sup>, con la consiguiente carga asistencial que provoca<sup>10</sup> y la repercusión social que este hecho motiva. Las razones son varias y complejas, entre las que se encuentran el proceso de desinstitucionalización que forma parte del programa básico

---

<sup>5</sup> WALMSLEY, R., *World Prison Population List*, 8 th ed., King's College London International Centre for Prison Studies, London, 2009.

<sup>6</sup> BAILLARGEON, J., PENN, J. V., THOMAS, C. R., TEMPLE, J. R., BAILLARGEON, G, MURRAY, O. J. "Psychiatric disorders and suicide in the nation's largest state prison system", *J Am Acad Psychiatry Law*, Vol. 37, 2009, págs. 188-193/FAZEL, S., CARTWRIGHT, J., NORMAN-NOTT., A, HAWTON, K. "Suicide in prisoners: a systematic review of risk factors", *Journal Clinical Psychiatry*, Vol. 69, 2008, págs. 1721-1731.

<sup>7</sup> KARIMINIA, A., LAW, M., BUTLER, T., CORBEN, S. P., LEVY, M. H., KALDOR, J. M. "Factors associated with mortality in a cohort of Australian prisoners", *Eur J Epidemiol*, Vol. 22, 2007, págs. 417-428.

<sup>8</sup> FAZEL, S., YU, R. "Psychotic disorders and repeat offending: systematic review and meta-analysis", *Schizophr Bull*, Vol. 37, 2011, págs. 800-810/BAILLARGEON, J., BINSWANGER, I. A., PENN, J. V., WILLIAMS, B. A., MURRAY, O. J. "Psychiatric disorders and repeat incarcerations: the revolving prison door", *Am J Psychiatry*, Vol. 166, 2009, págs. 103-109.

<sup>9</sup> TORREY, E. F. "Jails and prisons—America's new mental hospitals. American Journal of Public Health", Vol: 85, 1995, 1611-1613/OKASHA, A. "Mental Patients in prisons: punishment versus treatment", *World Psychiatry*, Vol. 3, 2004, págs. 1-2.

<sup>10</sup> PÉREZ, E. "¿Psiquiatría penitenciaria?", *Rev Esp Sanid Penit*, Vol. 6, 2004, págs. 97-101.

de cualquier reforma psiquiátrica en cualquier país. El cierre de camas hospitalarias psiquiátricas que se ha producido de forma más rápida que la implantación de recursos asistenciales en la comunidad, ha sido la causa del abandono de muchos enfermos mentales y su redirección hacia instituciones psiquiátricas forenses o hacia el sistema penitenciario<sup>11</sup>. Por tanto, el aumento de la morbilidad psiquiátrica en las prisiones puede reflejar una tendencia general dentro de las sociedades que toleran la insuficiencia de servicios psiquiátricos en la comunidad<sup>12</sup>.

Las cifras son elocuentes. Por ejemplo, el 37% de los varones condenados en Inglaterra y Gales padecían trastornos psiquiátricos, siendo las patologías más frecuentes el abuso de sustancias (23%), los trastornos de personalidad (10%) y la neurosis<sup>13</sup>.

También hay que destacar el trabajo de Fazel y Danesh<sup>14</sup>, que tras revisar 62 estudios realizados en 12 países y que abarcan 22.790 internos, establecen las siguientes tasas de prevalencia de enfermedades mentales graves: psicosis (3,7% de varones y 4% de mujeres); depresión grave (10% de varones y 12% de mujeres), y trastornos de personalidad (65% de varones y 42% de mujeres). Concluyen con una estimación de prevalencias entre 2 y 4 veces superiores a las encontradas en la población general para psicosis y depresión grave. Se trata de una revisión realizada hace más de una década y hay autores que señalan que la reducción de camas psiquiátricas hospitalarias junto al descenso en la financiación de programas de tratamiento comunitarios pueden explicar el elevado porcentaje de incremento de

---

<sup>11</sup> MUNK-JÖRGENSEN, P. "Has deinstitutionalization gone too far?", *European Archives of Psychiatry*, Vol. 249, 1999, págs. 136-143/SCHANDA, H. "The Ashenputtel principle in modern mental health care". *Criminal Behaviour and Mental Health*, Vol. 9, 1999, págs. 199-204/ MÜLLER-ISBERNER, R. "The Management of Mentally Disordered Offenders in Germany", en BLAUUWY, E. *Mentally disordered Offenders*, Elsevier, Arizona, 2002, págs. 105-123/Según el Atlas de Salud Mental de la OMS de 2005: "Una de las dificultades en mantener delincuentes enfermos mentales en la cárcel es que muchos países no cuentan con instalaciones adecuadas para albergar personas consideradas como criminales y peligrosos. El resultado es que personas con trastornos mentales no sólo son obligados a permanecer en la cárcel, sino que también se ven privados de recibir los tratamientos".

<sup>12</sup> ANDERSEN, H. S. "Mental Health in Prison Populations. A review – with special emphasis on a study of Danish prisoners on remand", *Acta Psychiatr Scand*, Vol. 110, 2004, págs. 5-59.

<sup>13</sup> GUNN, J., MADEU, A., SWINTON, M. "Treatment needs of prisoners with psychiatric disorders", *BMJ*, 1991, Vol. 303, págs. 338-341.

<sup>14</sup> FAZEL, S., DANESH, J. "Serious mental disorder in 23000 prisoners: a systematic review of 62 surveys", *Lancet*, Vol. 359, 2002, 545-550.

internamiento enfermos mentales graves como consecuencia de la comisión de hechos delictivos<sup>15</sup>.

Más recientemente, Fazel y Seewald<sup>16</sup> realizan un nuevo metanálisis sobre estudios realizados entre 1966 y 2010, incluyendo 33.588 presos de 24 países, donde encuentran una prevalencia de psicosis del 3,6% en varones y del 3,9% en mujeres y de depresión grave del 10,2% en varones y del 14,1% en mujeres. La prevalencia de estas patologías no se incrementa con el tiempo, salvo la depresión en EEUU. El estudio de Fryers y otros autores<sup>17</sup> demuestra la presencia de psicosis en el 7,5% de varones condenados, en el 10% de varones preventivos y en el 14% de mujeres (en ambas situaciones).

En nuestro país, Pato Rodríguez<sup>18</sup> señala que sólo un 25% de la población reclusa no presentaba patología psíquica. Refiere unas tasas de 7,5% de psicosis, 4,5% trastornos del humor y 7,5% trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatoformes.

En estudios publicados sobre muestras de internos en centros penitenciarios españoles, la demanda de atención psiquiátrica en internos se sitúa entre el 9,5 y el 13,8%. Se trata de una población joven (más del 80% tiene entre 18 y 35 años); la mayoría con estudios primarios (70%); el 50% son solteros, viven solos o con su familia de origen y las víctimas de sus delitos suelen ser personas cercanas o familiares; alrededor del 60% son toxicómanos y el 85% padecen VIH, hepatitis o ambas patologías. Los diagnósticos más frecuentes son: trastornos adaptativos (20%), trastornos psicóticos (20%) y trastornos afectivos (10%). El número de visitas de seguimiento es escaso y predominan las terapias farmacológicas. Por lo

---

<sup>15</sup> WHITE, M., CHAFETZ, L., COLLINS-BRIDE, G., NICKENS, J. "History of arrest, incarceration and victimization in community-based severely mentally ill", *Journal of Community Health*, Vol. 31, 2006, págs. 123-135/GREENBERG, G. A., ROSENHECK, R. A. "Psychiatric correlates of past incarceration in the nacional comorbidity study replication", *Criminal Behaviour and Mental Health*, Vol. 24, 2014, págs. 18-35.

<sup>16</sup> FAZEL, S, SEEWALD, K. "Severe mental illness in 33 588 prisoners worldwide: systematic review and meta-regression análisis", *British J Psychiatry*, 2012, Vol. 200, págs. 364-373.

<sup>17</sup> FRYERS, T., BRUGHA T., GROUNDS, A., MELZER, D. "Severe mental illness in prisoners: a persistent problem that needs a concerted and long term response", *BMJ*, Vol. 317, 1998, págs. 1025-1026.

<sup>18</sup> PATO RODRÍGUEZ, E. "Trastornos mentales en reclusos del centro penitenciario de Villabona. Principado de Asturias", en HERNANDEZ, M, HERRERA, R. *La atención a la salud mental de la población reclusa*, Editorial: Asociación Española de Neuropsiquiatría, Madrid, 2003, págs. 91-103.

que respecta al tipo de delito de estos pacientes, el 64% de los enfermos cumplen condena por delito de robo y el 11% por delitos contra la salud pública<sup>19</sup>.

A destacar, que se está produciendo en los últimos años un incremento de pacientes diagnosticados con trastorno de la personalidad, en los que frecuentemente coincide el abuso de múltiples sustancias y cuadros psicóticos inducidos por dicho consumo. Tras la entrada en vigor, en 2003, de la legislación sobre maltrato, se aprecia asimismo el incremento de los ingresos en el ámbito psiquiátrico-penitenciario derivado de delitos de maltrato en el ámbito familiar,. Los pacientes con trastorno mental suelen dirigir la violencia hacia familiares o personas cercanas. En la práctica, ello se traduce (por lo general) en internamientos de corta duración, acompañados de órdenes de alejamiento. Las dificultades que ello comporta en el ámbito de la reinserción socio-familiar son evidentes<sup>20</sup>.

Así pues, el incremento de enfermos mentales en prisiones ha sobrepasado el campo profesional y se ha convertido en motivo de debate en los medios de comunicación. Se estima que las personas con enfermedades mentales graves tienen una probabilidad 1,5 veces mayor de ser encarcelados que de ser hospitalizados para el tratamiento de sus trastornos psiquiátricos<sup>21</sup>. Este dato constituye una muestra del elevado número de enfermos mentales en instituciones penitenciarias<sup>22</sup>, lo que requiere de mecanismos de identificación y de desviación que traten de desplazar delincuentes con enfermedades mentales desde el sistema de justicia penal hacia el sistema de tratamiento de salud mental y programas de rehabilitación<sup>23</sup>. También nos indican, por una parte, la necesidad de una coordinación y, de

---

<sup>19</sup> CARMONA, J., HERNÁNDEZ, A., GUTIÉRREZ, C. “Análisis de la demanda en el Centro Penitenciario de Jerez. Período 1990-2000”, en HERNANDEZ, M, HERRERA, R. “*La atención a la...*” ob cit., págs. 71-89/ESPINOSA, M., HERRERA, R. “Análisis de la demanda y respuesta terapéutica en la relación asistencial establecida entre los centros penitenciarios Puerto-I y Puerto-II con el ESM Bahía en el período 1989-2000” en HERNANDEZ, M., HERRERA, R. “*La atención a la...*” ob cit., págs. 55-67.

<sup>20</sup> LÓPEZ LÓPEZ, A., “El enfermo mental en prisión: perspectiva psiquiátrica”, en VENTURA MAS, S., SANTOS URBANEJA, F. *Estudios de Derecho Judicial*, págs. 277-310

<sup>21</sup> MORRISSEY, J. P., MEYER, P., CUDDEBACK, G. “Extending ACT to criminal justice settings: Origins, current evidence and future directions”, *Community Mental Health Journal*, Vol. 43, 2007, págs. 527-544.

<sup>22</sup> TEPLIN, L. A. “The prevalence of severe mental disorders among male urban jail detainees”, *American Journal of Public Health*, Vol. 80, 1990, págs. 663-669/TEPLIN, L. A., ABRAM, K. M., MCCLELLAND, G. M. “Prevalence of psychiatric disorders among incarcerated women jail detainees”, *Archives of General Psychiatry*, Vol. 53, 1996, págs. 505-512.

<sup>23</sup> STEADMAN, H. J., MORRIS, S. M., DENNIS, D. L. “The diversion of mentally ill persons from jails to community-based services: A profile of programs”, *American Journal of Public Health*, Vol. 85, 1995, págs.

un tratamiento interdisciplinar y por otra parte, que ni el tratamiento penal, ni el criminológico, ni el sanitario de forma exclusiva, son suficientes para su reinserción y que la rehabilitación del delincuente debe dirigirse hacia aquellos factores de riesgo asociados a la conducta criminal<sup>24</sup>. Es necesario también tener en cuenta, el grado en que estos individuos comparten riesgos con los delincuentes que no tienen enfermedades mentales graves.

Por todo ello, el análisis de la prevalencia de la conducta criminal en delincuentes con enfermedades mentales es necesario por tres razones: en primer lugar, los datos nos pueden ayudar a conocer la reincidencia en este tipo de delincuentes; en segundo lugar, desde una perspectiva de diseño de tratamiento, ya que tales datos podrían ayudar al desarrollo de nuevos enfoques para gestionar el problema del individuo con enfermedad mental grave, que es reiteradamente detenido, mediante la incorporación de protocolos de tratamiento específicos para estos pacientes; finalmente, este análisis, puede extender el discurso político y teórico centrado en los delincuentes con enfermedades mentales desde una foco exclusivamente situado en necesidades como personas con alteraciones psiquiátricas, a otro centrado en la reincidencia y coexistencia de la enfermedad junto a la propensión delictiva.

Un debate constante es si los delincuentes con trastornos mentales son pacientes psiquiátricos que terminan en el sistema de justicia penal, ya sea de forma directa o como consecuencia indirecta de su sintomatología psiquiátrica, o son individuos que presentan alguna característica que predispone a un comportamiento criminal, pero independientemente a la enfermedad psiquiátrica. Al respecto, un estudio realizado en 416 presos internos en el Departamento de Justicia Criminal de Texas, partiendo de las especulaciones de que los delincuentes con alteraciones mentales presentan similares riesgos criminogénicos que los no enfermos y en el que se pretende valorar la prevalencia de pensamiento criminal en una

---

1630-1635/STEADMAN, H. J., DEANE, M. W., MORRISSEY, J. P., WESTCOTT, M. L., SALASIN, S., SHAPIRO, S. "A SAMHSA research initiative assessing the effectiveness of jail diversion programs for mentally ill persons", *Psychiatric Services*, Vol. 50, 1999, págs. 1620-1623/HARTWELL, S. W., ORR, K. "The Massachusetts forensic transition program for mentally ill offenders reentering the community", *Psychiatric Services*, Vol. 50, 1999, págs. 1220-1222/ MUNETZ, M. R., GRIFFIN, P. A. "Use of the sequential intercept model as an approach to decriminalization of people with serious mental illness", *Psychiatric Services*, Vol. 57, 2006, págs. 544-549.

<sup>24</sup> ANDREWS, A., BONTA, J. "Rehabilitating criminal justice policy and practice", *Psychology, Public Policy, and Law*, Vol. 16, 2010, pág. 39.

muestra de delincuentes con enfermedad mental<sup>25</sup>, demuestra que los sujetos internos con alteraciones mentales se pueden considerar tanto enfermos psiquiátricos como delincuentes, por lo que el tratamiento que requieren debe estar relacionado, tanto con su patología como con su conducta antisocial y llevarse a cabo en un medio adecuado.

Durante la segunda mitad del S. XX, al producirse la transformación de un sistema asistencial basado en el modelo asilar hacia un modelo comunitario, parecía innecesaria la existencia de una psiquiatría penitenciaria. Sin embargo, la realidad, ha demostrado claramente lo contrario, ya que los servicios de salud mental comunitarios no se muestran eficaces en el abordaje preventivo, asistencial y rehabilitador de los enfermos mentales aquejados de patologías graves, especialmente en aquellos que viven en situaciones de pobreza y exclusión social, que son quienes, a su vez, tienen mayor riesgo de incurrir en comportamientos delictivos. Además, hemos de tener en cuenta que es creciente el número de sujetos en estas condiciones, que se encuentran internos en centros penitenciarios. Ante este hecho, habría que plantearse la vieja pregunta de Foucault<sup>26</sup>: ¿Hay relación entre el éxito de la reforma psiquiátrica y el fracaso de la penitenciaria? ¿Si una sociedad libera a los locos de su encierro significará que la prisión ocupará el espacio vacío dejado por el manicomio?<sup>27</sup>.

El vigente CP establece como destino de los exentos de responsabilidad criminal: a) “un establecimiento adecuado al tipo de anomalía o alteración psíquica que se aprecie”, (art. 101.1, en relación con el art. 20.1.º); b) un “centro de deshabitación público, o privado debidamente acreditado u homologado” (art. 102.1, en relación con el art. 20.2.º, y c) “un centro educativo especial (art. 103.1, en relación con el art. 20.3.º). La referencia a “establecimiento adecuado al tipo de anomalía o alteración psíquica que se aprecie”, puede

---

<sup>25</sup> MORGAN, R. D., WILLIAM, H., FISHER, W. H., DUAN, N., MANDRACCHIA, J. T., MURRAY, D. “Prevalence of Criminal Thinking among State Prison Inmates with Serious Mental Illness”, Vol. 34, 2010, págs. 324-336.

<sup>26</sup> Michel Foucault (1926-1984) fue un psicólogo, teórico social y filósofo francés, catedrático de Historia de los sistemas de pensamiento en el Collège de France (1970-1984). Es conocido principalmente por sus estudios críticos de las instituciones sociales, en especial la psiquiatría, la medicina, las ciencias humanas, el sistema de prisiones, así como por su trabajo sobre la historia de la sexualidad humana. Para la obtención del doctorado, en 1961, defendió su tesis titulada *Folie et déraison: Histoire de la folie à l'âge classique* (Locura y demencia: Historia de la locura en la época clásica).

<sup>27</sup> RENDUELES OLMEDO, G. “Tratamiento penitenciario y tratamiento psiquiátrico: una analogía buena para pensar” en HERNANDEZ, M., HERRERA, R. “La atención a la...” ob cit., págs. 257-288.

comprender un establecimiento no necesariamente penitenciario. No obstante, la gran mayoría de las medidas de seguridad de internamiento por razón penal tiene lugar en establecimientos penitenciarios, cuya función, ya comentada, según el art. 1 de la LOGP es “la reeducación y la reinserción social de los sentenciados a penas y medidas penales privativas de libertad...”. Esta es la razón por la que la Administración Penitenciaria dispone de establecimientos destinados de forma concreta al cumplimiento de medidas de seguridad.

A su vez, el art. 7 de esta Ley incluye entre los centros penitenciarios, los llamados “Establecimientos especiales”, “en los que prevalece el carácter asistencial” y que, según el art. 11, pueden ser de varios tipos: centros hospitalarios, centros psiquiátricos y centros de rehabilitación social. Por otra parte, el art. 183 del Reglamento Penitenciario alude a la existencia de Unidades Psiquiátricas Penitenciarias.

Los hospitales psiquiátricos penitenciarios son centros especiales destinados al cumplimiento de las medidas de seguridad privativas de libertad a internos diagnosticados con trastornos mentales. Las personas ingresadas en estas instituciones han sido consideradas inimputables por presentar cualquier anomalía o alteración psíquica, que les impide comprender la ilegalidad del hecho delictivo. En estos centros predomina la función asistencial, coordinada por un equipo multidisciplinar compuesto por psiquiatras, psicólogos, médicos generales, enfermeros, trabajadores sociales, educadores y terapeutas ocupacionales, que son los encargados de garantizar el proceso de rehabilitación del interno conforme al modelo de intervención biopsicosocial.

En estos hospitales psiquiátricos no existe el sistema de clasificación en grados de tratamiento previsto para los centros ordinarios de cumplimiento de penas y el objetivo principal es conseguir la estabilización psicopatológica de los pacientes y la reducción de su peligrosidad, todo ello, como paso previo a una posible sustitución de la medida de seguridad privativa de libertad por una medida de tratamiento ambulatorio en la comunidad. Para conseguir este objetivo, además de contar con un extenso programa de actividades rehabilitadoras - asistencia psiquiátrica y psicológica, terapia ocupacional, actividad educativa y formativa, deporte, salidas terapéuticas al exterior, asistencia a familias, etc.,- se precisa de la colaboración de las instituciones sanitarias y sociales de la red pública que son las encargadas de continuar con el tratamiento y seguimiento del enfermo mental en el seno de la comunidad. La permanencia de un paciente en el hospital psiquiátrico penitenciario no puede sobrepasar, en ningún caso, el tiempo máximo de pena fijado en la sentencia.



El art. 101.1 del CP establece que la medida de internamiento lo es “para tratamiento médico”. El legislador penal no contempló un espectro más amplio de intervención, pero ha de tenerse en cuenta que el proceso rehabilitador forma parte integral de toda actuación en salud mental<sup>28</sup>.

La medida privativa de libertad (internamiento para tratamiento médico), debemos entenderla en ausencia de otra que pueda ser más adecuada. En aquellos casos en los que se opta por el internamiento, el sujeto o bien cumple completamente la medida impuesta o bien es sustituida por otra que no lo es, como es la libertad vigilada a que alude el art. 96.3.3.<sup>a</sup> CP, en su modalidad de seguimiento de tratamiento médico externo o de sometimiento a un control médico periódico (art. 106.1.k del CP).

Para que tenga lugar el primero de los supuestos es preciso que concurren dos condiciones:

a) que el juez o tribunal fije un límite máximo de duración, que no podrá exceder del tiempo que habría durado la pena privativa de libertad, si el sujeto hubiera sido declarado responsable (art. 101.1), y

b) que el juez o tribunal sentenciador, siguiendo o rechazando la propuesta (al menos anual), elevada por el Juez de Vigilancia Penitenciaria, adopte una o sucesivas decisiones (tras un juicio contradictorio) de “mantener la ejecución de la medida de seguridad impuesta” (art. 97.a), hasta el cumplimiento del citado límite máximo.

Para que suceda el segundo de los supuestos es preciso que se cumpla la primera de las condiciones antedichas y que el juez o el tribunal sentenciador adopte, en el curso de la aplicación de la medida de internamiento, la decisión de sustituir esta “por otra que estime más adecuada, entre las previstas para el supuesto de que se trate” (art. 97.c).

---

<sup>28</sup> La resolución 46/119, de 17 de diciembre de 1991, adoptada por la Asamblea General de Naciones Unidas recoge los Principios de la protección de los enfermos mentales y la mejora de la atención de la salud mental. Este documento destaca el trascendental papel que desempeña la actividad de rehabilitación para la salud mental y señala que por atención de la salud mental se entenderá “el análisis y diagnóstico del estado de salud mental de una persona, y el tratamiento, el cuidado y las medidas de rehabilitación aplicadas a una enfermedad mental real o presunta”. En el Principio 13.2.d, se establece que las instituciones psiquiátricas han de permitir “aplicar medidas apropiadas de rehabilitación para promover su reintegración en la comunidad”. Este tipo de medidas se aplican a los pacientes de todas las instituciones psiquiátricas, incluyendo por tanto a los penados con una enfermedad mental (Principio 20.2). Son por tanto, de un claro carácter multidisciplinar.

Las previsiones de cumplimiento de medidas de seguridad privativas de libertad en centros penitenciarios ordinarios se recogen en los arts. 8.1 LOGP y 12 del Reglamento Penitenciario (en relación con el art. 183). El art. 8.1 establece que en los establecimientos de preventivos “también podrán cumplirse penas y medidas privativas de libertad cuando el internamiento efectivo pendiente no exceda de seis meses”. A su vez, el art. 12 del Reglamento, prevé la posibilidad de “establecimientos polivalentes”. Ello permitiría, en principio, la estancia de sujetos sometidos a medidas de seguridad privativas de libertad superiores a seis meses en dichos establecimientos, siempre que ello tuviera lugar en Unidades Psiquiátricas Penitenciarias (art. 183), dotadas de medios materiales y personales adecuados para garantizar a los pacientes ingresados una asistencia equivalente a la existente fuera del centro.

Los departamentos, módulos o unidades de los establecimientos polivalentes deben garantizar “en igualdad de condiciones, los servicios generales y las prestaciones adecuadas a los fines específicos a que vengán destinados” (art. 12.1 Reglamento Penitenciario). Sin embargo, los centros ordinarios carecen de los equipos multidisciplinares a que hace mención el art. 185.1, cuya composición viene justificada, a fin de “garantizar un adecuado nivel de asistencia”. Otra importante carencia de los centros ordinarios que le inhabilitan para mantener a internados judiciales es la ausencia de departamentos de agudos (el equivalente psiquiátrico-penitenciario a las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica de nuestros Hospitales generales), por lo que, ante brotes psicóticos de intensidad, los pacientes ingresados deben ser derivados a las Unidades Hospitalarias Psiquiátricas de los Hospitales no penitenciarios de referencia.

Dado el carácter diverso de las medidas que se adoptan sobre los pacientes con un trastorno mental e internos por razón penal, los programas de intervención recaen sobre los equipos multidisciplinares, que además deben remitir “información periódica para el debido control judicial”, a cuyo efecto “la situación personal del paciente será revisada, al menos, cada seis meses por el Equipo multidisciplinar, emitiendo un informe sobre su estado y evolución” (art. 187.1 Reglamento) y puesto en conocimiento de la autoridad judicial (y del Ministerio Fiscal, art. 187.2), para que decida lo que proceda.

Una vez se lleve a cabo la puesta en libertad condicional o definitiva del interno, “La Administración Penitenciaria solicitará la colaboración necesaria de otras Administraciones Públicas con competencia en la materia, para que el tratamiento psiquiátrico de los internos

continúe, si es necesario, después de su puesta en libertad y para que se garantice una asistencia social postpenitenciaria de carácter psiquiátrico, así como para que los enfermos cuya situación personal y procesal lo permita puedan ser integrados en los programas de rehabilitación y en las estructuras intermedias existentes en el modelo comunitario de atención a la salud mental” (art. 185.2).

Así pues, la asistencia postpenitenciaria en materia psiquiátrica no distingue entre penados y sometidos a medidas de seguridad, y dentro de estos, no diferencia según hayan cumplido la medida íntegramente o hayan visto sustituido la misma por la medida de tratamiento médico externo. En el supuesto de que un paciente haya finalizado la medida de seguridad y no se encuentre en condiciones psíquicas para su autogobierno, cabe obviamente que el establecimiento penitenciario ponga con antelación en conocimiento de la autoridad judicial ordinaria (jurisdicción civil), la noticia de tal circunstancia, a efectos de un eventual internamiento, en aplicación de lo dispuesto en el art. 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil.

#### IV. ORÍGENES DE LAS INSTITUCIONES PSIQUIÁTRICO-PENITENCIARIAS

La creación de los hospitales psiquiátricos penitenciarios se remonta a la obra de John Howard (1726-1790), *The State of Prisons in England and Walles* (1777), en la que el autor hizo una rotunda crítica de la convivencia en cárceles de enfermos mentales y sujetos sanos<sup>29</sup>. Aunque las instituciones psiquiátrico-penitenciarias se remontan a finales del S. XVIII, es considerada precedente de ellos la Bastilla, utilizada como asilo de seguridad en el que se alojaban locos criminales. A lo largo del S. XIX se extienden estas instituciones por Europa y Norteamérica.

En España, durante la primera mitad del S. XIX, la convivencia de enfermos mentales locos y delincuentes era común. El precedente más lejano de establecimiento destino de “locos delincuentes” es el Manicomio de Santa Isabel de Leganés, como consecuencia del elevado número de ingresos, se produjeron importantes disfunciones institucionales.

En 1886 surge la idea de construir el primer manicomio propiamente judicial y mediante el RD de 13 de diciembre de ese año, se dispuso la creación en Madrid de un

---

<sup>29</sup> BARRIOS, L. F. “Sobre la institución psiquiátrica penitenciaria”, *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, Vol. 27, 2007, págs. 473-500.

Manicomio penal, que finalmente no se construyó. El primer centro de este tipo es la Penitenciaría Hospital en el Puerto de Santa María<sup>30</sup> dotada de un Reglamento provisional por Real Orden de 20 de marzo de 1894<sup>31</sup>. La necesidad de un establecimiento penitenciario-psiquiátrico, por las consideraciones doctrinales, pero también por los inconvenientes regimentales, se pone de manifiesto por la Exposición de Motivos del RD de 1 de septiembre de 1897 (Gaceta de Madrid, 5 de septiembre): “Contra todos los preceptos legales y contra todas las sanas intenciones del legislador y del filántropo, hay en muchas cárceles varios individuos con la razón perturbada, que, no obstante, al haber sido declarados por los Tribunales sentenciadores exentos de responsabilidad por causa de enajenación mental, permanecen impropriamente reclusos con agravación de sus males y hasta con trastornos en el régimen, y en la disciplina de los establecimientos carcelarios donde moran”.

Sin embargo, tampoco llegó a ser una realidad y se utilizaban las dependencias de la ya citada Penitenciaría del Puerto de Santa María como “manicomio penitenciario provisional”, aunque esta institución no fue la única en albergar a reclusos dementes. A finales de siglo, éstos estaban en las cárceles o en los manicomios de Leganés, San Baudilio de Llobregat, Ciempozuelos, Conxo, Valencia, Zaragoza, Toledo, Valladolid, Sevilla, Cádiz, Granada, Mérida, Reus, Teruel, Logroño, hospital de Santa Cruz de Barcelona, hospital provincial de Salamanca y Departamento de dementes de Almería.

El precedente de las actuales instituciones hospitalarias psiquiátricas penitenciarias es el Centro Asistencial Psiquiátrico Penitenciario de Madrid, cuya construcción se inició en 1944 en el Complejo Penitenciario de Carabanchel, cubriendo a partir de entonces las necesidades asistenciales específicamente psiquiátricas.

La reforma de 1968 del Reglamento de Servicios de Prisiones de 1956 considera al “Sanatorio Psiquiátrico Penitenciario” al que, iban destinados “todos aquellos que presenten una debilidad de la inteligencia en cualquiera de sus grados” y el Centro de Psicópatas de Huesca, destinado a “internos que presenten dicha anormalidad”.

---

<sup>30</sup> Este centro contaba con cinco secciones: ancianos, inútiles, enfermos crónicos, enfermos agudos y enfermos mentales. La 5ª sección se dividió en las siguientes dependencias: tranquilos, semitranquilos, agitados, sucios, epilépticos y enfermos en observación.

<sup>31</sup> BARRIOS, L. F. “Sobre la institución...” ob cit., págs. 473-500.

Tras la reinstauración democrática se llevó a cabo la necesaria reforma penitenciaria. Así, la Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria, diferenció tres tipos de establecimientos (art. 7): de preventivos, de cumplimiento de penas y especiales. Dentro de esta última categoría el art. 11 de la misma norma establece unos subtipos: centros hospitalarios, centros psiquiátricos y centros de rehabilitación social; en todos ellos “prevalece el carácter asistencial” y el “tratamiento se armonizará con la finalidad específica de cada una de estas Instituciones”. (art. 68.1).

El Reglamento de desarrollo de esta Ley Orgánica fue aprobado por RD 1201/1981, de 8 de mayo, que dedica el capítulo IV del Título II al “Régimen de los establecimientos Especiales”, indicando que los “Centros Psiquiátricos” “comprenderán al menos, Sanatorios Psiquiátricos para Psicóticos o enfermos mentales en sentido estricto, Centros para Deficientes Mentales y Establecimientos para Psicópatas” (art. 56.1.b).

En el período postconstitucional existe como único establecimiento específico para enfermos mentales varones, el Centro Asistencial Psiquiátrico Penitenciario de Madrid (ubicado en el complejo penitenciario de Carabanchel), mientras que el establecimiento de Yserías acogía un departamento para mujeres enfermas mentales. Se mantienen los centros especiales de León y Huesca en los términos descritos.

En 1990 se suprimieron los centros siguientes:

a) el Departamento de Oligofrénicos de León, creándose un Departamento análogo en Sevilla, posteriormente fue sustituido por el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla;

b) el Centro de Psicópatas de Huesca, que fue objeto de importantes críticas en un Informe de la Asociación de Derechos Humanos, siendo sus pacientes trasladados al Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante;

c) el Sanatorio Psiquiátrico Penitenciario de Madrid, calificado por la Comisión de Legislación de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, como “extraña institución totalitaria y cerrada”, en la que se entremezclaba y superponía la estructura de una antigua cárcel de máxima seguridad (sin las técnicas modernas) con la de un anacrónico asilo u hospicio psiquiátrico, destacó el poder de los llamados “enfermeros” (reclusos), que imponían un régimen de “puro terror” a los pacientes; el carácter, en la práctica indefinido, de algunos internamientos; la inexistencia de terapia ocupacional, limitándose los tratamientos a los de

carácter farmacológico y la existencia de un pabellón de “agitados” que era lugar más de sanción que de tratamiento<sup>32</sup>.

En el momento actual, estos centros están regulados por el CP, aprobado por Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre y por el RD 190/1996, de 9 de febrero, que aprueba un nuevo Reglamento Penitenciario. La aprobación de este nuevo marco legal conllevó algunos problemas iniciales ante la numerosa “excarcelación” de pacientes de los hospitales psiquiátricos penitenciarios, que tras haber cumplido largas medidas de internamiento habían perdido el apoyo familiar.

El Capítulo VII del Título VII del nuevo Reglamento (arts. 183-191) introduce importantes modificaciones. En primer lugar, diferencia dos tipos de instituciones para la acogida de los enfermos mentales reclusos por razón penal: los “establecimientos”<sup>33</sup> y las “unidades psiquiátricas”. El establecimiento psiquiátrico penitenciario tiene entidad propia, mientras que la “unidad psiquiátrica” no deja de ser una dependencia adscrita a un “establecimiento”<sup>34</sup>. Los establecimientos y las unidades psiquiátricas penitenciarias, se califican como “centros especiales”, en coherencia con lo dispuesto en los arts. 7.c) y 11.b) de la LOGP y en las que ingresarán, tanto las “personas a las que por aplicación de las circunstancias eximentes establecidas en el CP les haya sido aplicada una medida de seguridad de internamiento en centro psiquiátrico penitenciario”, como los “penados a los que, por enfermedad mental sobrevenida, se les haya impuesto una medida de seguridad por el Tribunal sentenciador en aplicación de lo dispuesto en el CP y en la Ley de Enjuiciamiento Criminal que deba ser cumplida en un Establecimiento o Unidad psiquiátrica penitenciaria” y, además, de los anteriores, “los detenidos o presos con patología psiquiátrica, cuando la autoridad judicial decida su ingreso para observación, de acuerdo con lo establecido en la Ley de Enjuiciamiento Criminal, durante el tiempo que requiera la misma y la emisión del oportuno informe” (art. 184 Reglamento Penitenciario de 1996).

---

<sup>32</sup> BARRIOS FLORES, L. F. “La Psiquiatría Penitenciaria: perspectiva histórica y problemas presentes”, *Sociedad Española de Psiquiatría Legal*, 3ª ed., 2003, págs. 17-30.

<sup>33</sup> Según el art. 10 del Reglamento Penitenciario “Por establecimiento o centro se entiende una entidad arquitectónica, administrativa y funcional con organización propia”, organizada en “unidades, módulos y departamentos que faciliten la distribución y separación de los internos”.

<sup>34</sup> BARRIOS, LF. “Sobre la institución...”, ob cit., págs. 473-500.

El instrumento de la labor reeducativo-reinsertadora encomendada a estos establecimientos por la LOGP es el llamado “tratamiento penitenciario”, que consiste en “el conjunto de actividades directamente dirigidas a la consecución de la reeducación y reinserción social de los penados” (art. 59 de la LOGP) y otro tanto sucede con los sometidos a medidas de seguridad. En efecto, el art. 11 señala que “los establecimientos especiales son aquellos en los que prevalece el carácter asistencial”, teniendo tal condición los “Centros psiquiátricos”. En este caso, el instrumento de reeducación y reinserción tiene como fin específico la atención psiquiátrica.





## **CAPÍTULO II**

### **LA ATENUACIÓN DE LA RESPONSABILIDAD CRIMINAL**



## I. IMPUTABILIDAD Y CULPABILIDAD

Una de las actuaciones más importantes y complejas de la peritación psicológica y psiquiátrico forense, en su aplicación al Derecho Penal es el establecimiento de relaciones de causalidad psíquica entre el ser humano y sus acciones, es decir, en el caso de la acción delictiva, el establecimiento de la imputabilidad como requisito previo de la responsabilidad y de la culpabilidad del hecho cometido.

El fundamento de la imputabilidad reside en la posibilidad que tiene el ser humano de actuar de forma libre, libertad que puede perderse, o incluso no haber existido nunca, si en el individuo no se reúnen las circunstancias que dan soporte a la libertad humana. Según Muñoz Conde y Heredia<sup>35</sup>, la imputabilidad es un concepto jurídico de base psicológica y se define como el conjunto de facultades mínimas que debe poseer un sujeto para ser declarado culpable. De la presencia de determinadas condiciones o de su ausencia parcial o total se deduce la responsabilidad y culpabilidad o la aplicación de circunstancias modificadoras de la responsabilidad, que de forma expresa están recogidas en los arts. 20 (eximentes)<sup>36</sup> y 21 del CP (atenuantes)<sup>37</sup>.

Al considerar el concepto de culpabilidad como responsabilidad personal por la realización de una acción típica y antijurídica, podemos entender la imputabilidad como la capacidad de comprender la ilicitud del hecho y de actuar conforme a dicha comprensión. Es preciso destacar, que nuestro CP no define positivamente la imputabilidad, sino que únicamente lo hace por vía de una interpretación contraria, a partir del análisis de las causas

<sup>35</sup> MUÑOZ CONDE, G., HEREDIA F. “La imputabilidad en la perspectiva de la actual legislación”, *Revista Española de Medicina Legal*, Vol. 44, 1985, págs. 81-90.

<sup>36</sup> Ciñéndonos al caso que nos ocupa “Están exentos de responsabilidad criminal: 1º) El que al tiempo de cometer la infracción penal, a causa de cualquier anomalía o alteración psíquica, no pueda comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión (...). 2º) El que al tiempo de cometer la infracción penal se halle en estado de intoxicación plena por el consumo de bebidas alcohólicas, drogas tóxicas, estupefacientes, sustancias psicotrópicas u otras que produzcan efectos análogos, siempre que no haya sido buscado con el propósito de cometerla o no se hubiese previsto o debido prever su comisión, o se halle bajo la influencia de un síndrome de abstinencia, a causa de su dependencia de tales sustancias, que le impida comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión”.

<sup>37</sup> Entre las circunstancias atenuantes incluye “1ª) Las causas expresadas en el capítulo anterior, cuando no concurrieren todos los requisitos necesarios para eximir de responsabilidad en sus respectivos casos. 2ª) La de actuar el culpable a causa de su grave adicción a las sustancias mencionadas en el núm. 2º del art. anterior (...) 6ª) Cualquier otra circunstancia de análoga significación que las anteriores”.

concretas que determinan su exclusión, tal y como incluye en los supuestos de anomalía o alteración psíquica (art. 20.1 CP), intoxicación plena por el consumo de bebidas alcohólicas, drogas tóxicas, estupefacientes, sustancias psicotrópicas u otras que produzcan efectos análogos o hallarse bajo la influencia de un síndrome de abstinencia (art. 20.2 CP), o de alteraciones en la percepción desde el nacimiento o desde la infancia (art. 20.3 CP).

En base a lo anterior, la imputabilidad exige para su concurrencia una serie de requisitos biopsíquicos en el autor. Así, nuestro actual CP consagra una fórmula mixta (psiquiátrico-psicológica), por lo que la exclusión de la misma exige, por un lado, el requisito psiquiátrico de la efectiva concurrencia de un trastorno mental permanente o transitorio, estado de intoxicación o alteración sensorial, y por otro, el factor psicológico, consistente en la incidencia que dichas circunstancias han de ostentar sobre la actuación del sujeto.

La trascendencia de lo psíquico en el enjuiciamiento penal es puesta de manifiesto de forma clara en la STS de 18 de octubre de 1999<sup>38</sup>. Uno de los axiomas básicos del ordenamiento penal es el principio de culpabilidad que implica que no puede ser declarado criminalmente responsable ni, en consecuencia, objeto de condena quien por razones de orden psíquico, carece de “capacidad de culpa”, atributo que, en principio, se presume en toda persona mayor de edad, desde el punto de vista de la responsabilidad penal, cuyo límite, en la actualidad, se fija en los catorce años, sin perjuicio de que entre esa edad y los dieciocho se contemple un régimen especial para el tratamiento de esa responsabilidad (Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, sobre Responsabilidad Penal en los Menores). La norma legal contempla tan solo los supuestos de “inimputabilidad”, como excepción a la presunción universal del individuo adulto como capaz de actuación culpable. La razón de ser de esta posición es que no es justo condenar como culpable de un delito a quien no es responsable de

---

<sup>38</sup> Señala la STS de 18 de octubre de 1999 lo siguiente: “Como no podía ser menos, el mundo de la mente humana, amplio, ambiguo y hasta casi desconocido, incide de manera primordial en el Derecho Penal, por cuanto que siendo sinónima de entendimiento, intención propósito, voluntad, y finalmente, discernimiento, claro está que su estado normal o sus limitaciones han de jugar papel fundamental en todo lo que comporte enjuiciar la conducta a medio de responsabilidad penal, hoy más que nunca, sin perjuicio de lo cual también hay que señalar las distintas fluctuaciones que la doctrina científica o la postura del propio TS han venido sufriendo en una temática tan proclive a cambios, no precisamente coyunturales, por las dificultades que encuentra la patología, cual estudio genérico de las enfermedades en el diagnóstico primero y en el pronóstico después, para diferenciar la auténtica enfermedad mental de lo que, siendo también manifestación de anormalidad, solo se desenvuelve médicamente como simple síndrome o síntoma, cuando no como momentánea afección de órganos o funciones concretas”.

sus actos, pero tampoco es el castigo “para una persona incapaz de responder al estímulo amenazante de la pena”<sup>39</sup>.

Para Urruela Mora<sup>40</sup> es preciso diferenciar entre la capacidad de comprender la ilicitud del hecho -parte integrante de la imputabilidad-, y el conocimiento de la ilicitud del hecho como elemento intelectual de la culpabilidad. Tal diferencia deberá buscarse en lo que se entiende por “capacidad de comprender” y “conocimiento” como atributos del primer elemento de la imputabilidad y de la conciencia de la antijuridicidad, respectivamente. Por tanto, resulta necesario distinguir entre dos realidades distintas: en primer lugar, la capacidad de comprender la ilicitud de hecho como primer elemento de la culpabilidad, fundada en la normalidad bio-psicológica del sujeto actuante. Frente a ésta cabe contraponer la cognoscibilidad actual o posible de la antijuridicidad de la conducta (elemento intelectual de la culpabilidad) situada en un plano superior, y que implica no sólo que el autor ostenta la capacidad referida, sino que procede a ejercitar la misma, adquiriendo un conocimiento efectivo del carácter prohibido de su actuación.

La semiimputabilidad supone una capacidad disminuida de comprender la ilicitud del hecho y/o de actuar conforme a dicha comprensión. Desde el punto de vista de las consecuencias jurídicas, la apreciación de una eximente incompleta da lugar a una reducción de la pena en uno o dos grados, pudiéndose decretar la imposición de penas y medidas de seguridad. La disminución de la capacidad de comprender ha de ser considerable, en caso contrario, no procede la aplicación de la eximente incompleta sino únicamente de la atenuante analógica o incluso exigir la plena responsabilidad del sujeto.

---

<sup>39</sup> CARRASCO GÓMEZ, J. J., MAZA MARTÍN, J. M. “Modificaciones de la responsabilidad criminal por causas psíquicas”, en CARRASCO GÓMEZ, J. J., MAZA MARTÍN, J. M., “*Manual de Psiquiatría Legal y Forense*”, 2ª ed., La Ley, Madrid, 2003, págs. 326-331.

<sup>40</sup> URRUELA MORA, A. “La culpabilidad como elemento dogmático en el marco de la teoría del delito”, *Imputabilidad Penal y anomalía y alteración psíquica*, Comares, Granada, 2004, pág. 167.

## II. LA IMPUTABILIDAD EN EL CÓDIGO PENAL

Uno de los aspectos del vigente CP, que tras la reforma de 1995 supuso una gran novedad, y que algunos autores llegaron a considerar como una “psiquiatrización del CP”, fue la regulación de los supuestos de inimputabilidad y sus consecuencias jurídicas<sup>41</sup>.

El CP incluye una amplia y minuciosa regulación de las medidas de seguridad y de su aplicación y una ampliación de los presupuestos psiquiátricos, lo que se interpreta como una aparente ampliación de los casos de exención de la responsabilidad criminal por esta causa, puesto que cualquier “anomalía o alteración”, es decir, cualquier “trastorno psíquico”, puede servir de base para la aplicación de una eximente.

Otra novedad del Código de 1995 fue la incorporación del “sistema biológico-psicológico”, antes comentado, que requiere no solo la existencia de una base patológica, independientemente de su gravedad, sino también de una proyección de los síntomas de la misma sobre las facultades psíquicas, anulándolas por completo. Así lo establece la STS de 11 de octubre de 2005<sup>42</sup>. Es decir, cualquier trastorno psíquico puede servir para cumplir el primero de los requisitos de inimputabilidad exigidos por la norma, pero requiere de una total imposibilidad para comprender el alcance de la ilicitud del hecho cometido, o, alternativamente, para poder adecuar el comportamiento a ese conocimiento de la ilicitud. Sin embargo, esto no impide que cualquier “trastorno” psíquico catalogado científicamente como

---

<sup>41</sup> CARRASCO GÓMEZ, J. J., MAZA MARTÍN, J. M. “Modificaciones de la responsabilidad...”, ob cit., págs. 247-388.

<sup>42</sup> La STS de 11 de octubre de 2005 refiere que: “En todo caso, no parece ocioso señalar que, como ya argumentaba la sentencia de esta Sala del TS de 3 de mayo de 1995 la determinación de la capacidad de culpabilidad se lleva a cabo mediante una división de tareas entre los peritos y los jueces, en la que aquellos determinan los aspectos biológico-psicológicos, mientras estos valoran las consecuencias para la capacidad de comprender y de dirigir las acciones” (...) “ello solo es correcto si lo que se pretende es formular un juicio sobre la libertad de la voluntad de un sujeto”... Añade más adelante que “el juicio correspondiente, por lo tanto, se debe llevar a cabo mediante un método comparativo que partirá de la comprobación del grado de relevancia de la enfermedad mental, para establecer luego si es posible afirmar en el caso una modificación profunda de la personalidad que supere los límites de la normalidad y que, a su vez, haya afectado la capacidad de obrar con sentido. De la existencia de la perturbación producida por una enfermedad mental deducimos, calladamente, la incapacidad de actuar según la comprensión, teniendo en cuenta el grado de la perturbación”. Concluye al respecto que “la opinión dominante sostiene, en este sentido, que la capacidad de culpabilidad se debe excluir cuando la perturbación producida por enfermedad mental tenga una intensidad considerable. Por el contrario, la inimputabilidad o incapacidad de culpabilidad no requiere una eliminación completa de la voluntad, pues si ello ocurriera, en realidad, se excluiría la acción, que requiere, en todo caso, un comportamiento voluntario”.

tal, pueda calificarse como atenuatorio, tanto como “eximentes incompletas” o, al menos, como atenuantes.

Desde un punto de vista médico-legal para que una anomalía o alteración psíquica se encuadre dentro de la inimputabilidad debe cumplir dos criterios:

a) Criterio cualitativo, la anomalía o alteración psíquica ha de afectar a los elementos integrantes de la imputabilidad penal, que son la capacidad de conocer o inteligencia y la capacidad de determinarse de acuerdo a ese conocimiento o voluntad. Es decir, lo realmente importante desde el punto de vista médico-legal es el grado de afectación de estas dos funciones psíquicas en el momento de la comisión del delito (al tiempo de cometer el delito).

b) Criterio cuantitativo, es necesario que la afectación sea completa y absoluta. Es decir, el sujeto se ha de hallar privado de modo total y completo de la inteligencia y de la voluntad.

Cuando la anomalía y la alteración psíquica no cumplen los dos criterios expuestos o lo hace de manera insuficiente, se considera como atenuante, tal y como se expresa en el art. 21.1º del CP.<sup>43</sup>. Un tercer aspecto, que a juicio de Gisbert Calabuig<sup>44</sup> hay que valorar en las enfermedades mentales, desde el punto de vista médico-legal es la permanencia de la enfermedad.

La labor pericial en todas estas situaciones es trascendental. Toda prueba pericial va encaminada a responder aquellas cuestiones jurídicas planteadas cuando se enjuicia una acción, aportando al procedimiento, para ilustración del juzgador, los conocimientos científicos necesarios para la concreta interpretación de unos hechos. Según Osuna<sup>45</sup>, la evaluación pericial tiene por objetivo principal proporcionar la información necesaria sobre la existencia o no de anomalías, alteraciones o trastornos psíquicos y su relación con la cuestión

---

<sup>43</sup> Art. 21.1. C.P. Las causas expresadas en el capítulo anterior, cuando no concurrieren todos los requisitos necesarios para eximir de responsabilidad en sus respectivos casos.

<sup>44</sup> GISBERT CALABUIG, J.A. “Imputabilidad” en VILLANUEVA CAÑADAS, E. *Medicina legal y toxicología*, Gisbert Calabuig 6ª ed., Masson, Barcelona, 2004, págs. 1066-1084.

<sup>45</sup> OSUNA, E. “Imputabilidad y consumo de sustancias tóxicas: pericia psiquiátrica forense”, *Revista Española de Drogodependencias*, Vol. 38, 2013, pág. 110.

legal de que se trate. La intervención del perito puede ser diversa, pero va a ser requerida fundamentalmente en dos ámbitos, en el penal para cuestiones de imputabilidad y en lo civil para informar en materias de capacidad de obrar. El perito deberá referirse al menos a dos momentos diferentes: aquel en el que se efectúa el examen y el referido a la acción o circunstancia de interés legal. Evidentemente ambos diagnósticos pueden ser dispares. Es importante conocer el estado mental en el momento de la acción, pero también en el momento del examen, para valorar, por ejemplo, su repercusión en las circunstancias modificadoras de la responsabilidad penal, la capacidad para asistir al juicio o la repercusión en el cumplimiento de la pena o de las medidas de seguridad.

### III. SUPUESTOS LEGALES DE EXENCIÓN DE LA RESPONSABILIDAD POR RAZONES PSÍQUICAS

Como anteriormente hemos comentado, las circunstancias de exención de la responsabilidad criminal se contienen en nuestro CP en su art. 20. Los tres primeros apartados de dicho precepto contienen las denominadas “eximentes de carácter psíquico” aunque, también merece la calificación, aunque en forma matizada, la circunstancia del “miedo insuperable”.

El primero de los apartados del art. 20 exime de responsabilidad al “que al tiempo de cometer infracción penal, a causa de cualquier anomalía o alteración psíquica, no pueda comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión”. Así mismo, dicho precepto también señala a continuación: “el trastorno mental transitorio no eximirá de pena cuando hubiese sido provocado por el sujeto con el propósito de cometer el delito o hubiera previsto o debido prever su comisión”. Contempla, por tanto, dos diferentes supuestos: el del trastorno psíquico crónico, es decir, duradero en el tiempo o de carácter permanente, y el agudo, de naturaleza transitoria. En ambos supuestos la inicial amplitud de las categorías enumeradas es evidente, tal y como establece al respecto la STS de 4 de febrero de 2000<sup>46</sup>,

---

<sup>46</sup> Según la STS de 4 de febrero de 2000 “el art. 20.1 del CP vigente, introduce modificaciones sustanciales respecto al texto del antiguo número 1.º del art. 8 del CP de 1973, ya que el término “enajenado” ha sido sustituido por la expresión “cualquier anomalía o alteración psíquica” (...). Y esta modificación al ampliar el ámbito del Código derogado, determina el que “cualquier anomalía o alteración psíquica”, abarque no solo las enfermedades mentales en sentido estricto, como venía entendiendo la Jurisprudencia al interpretar el concepto “enajenación”, sino también otras alteraciones o trastornos de la personalidad. Ambas pueden servir de base, conforme al CP, para la apreciación de esta causa de exención, siempre que produzca el mismo efecto



siendo la exigencia del “efecto psicológico” de la anulación completa de las facultades de comprender o de actuar libremente, la que se mostrará finalmente como determinante de la presencia real de la circunstancia, sobre el previo presupuesto del diagnóstico del trastorno psíquico padecido por el sujeto.

El trastorno mental transitorio se define como la posibilidad de que la perturbación mental pueda ser delimitada claramente entre dos momentos, el de comienzo y el de terminación, constituyendo un episodio pasajero tras el cual el sujeto vuelve a ser el que era antes, sin que sea previsible una posible reaparición espontánea sin nuevo estímulo externo. También se recoge en el art. 20.1º CP., pero la Ley lo delimita en sus dos tipos, de tipo completo, en el art. 20 CP. y el incompleto en el art. 21 CP. Para que cause efecto de eximente es necesario que no haya sido provocado por el sujeto a propósito con el fin de cometer un delito.

La jurisprudencia ha ido definiendo los requisitos para que una perturbación mental pueda ser considerada como trastorno mental transitorio, aspecto que ha sido tratado en numerosas sentencias:

1. Que haya sido desencadenado por una causa inmediata y fácilmente evidenciable;
2. Que su aparición haya sido brusca o al menos rápida, y que previamente el sujeto esté “sano”;
3. Que su duración haya sido breve;
4. Que cure de forma igualmente rápida, por una curación completa, sin secuelas y sin probabilidades de repetición;
5. Que incida sobre el psiquismo de tal manera que sea origen de una anulación completa del libre albedrío, no bastando la mera ofuscación.

El trastorno mental transitorio tradicionalmente se ha descrito como “...enajenación mental temporal, la cual debe darse precisamente en el momento de la realización de la conducta típica...”, en la que “...la diferencia con la enajenación no está en el efecto psicológico, sino en la característica de transitoriedad...”, toda vez que “...la intensidad de la

---

psicológico, cual es, que en el momento de la comisión del hecho delictivo, el sujeto no pueda comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión”.

perturbación, sin embargo, ha de ser la misma que en la enajenación”<sup>47</sup>. Para su apreciación se ha discutido sobre la necesidad de que sea probada la existencia de un determinado “fondo patológico” en el sujeto<sup>48</sup>.

El art. 20.2º CP. alude también al “que al tiempo de cometer la infracción penal se halle en estado de intoxicación plena por el consumo de bebidas alcohólicas, drogas tóxicas, estupefacientes, sustancias psicotrópicas u otras que produzcan efectos análogos, siempre que no haya sido buscado con el propósito de cometerla o no se hubiese previsto o debido prever su comisión, o se halle bajo la influencia de un síndrome de abstinencia, a causa de su dependencia de tales sustancias, que le impida comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión”. Son dos, por tanto, las categorías diagnósticas que, en esta ocasión, excluyen la referida responsabilidad, y ambas tiene el carácter de “agudas” o temporales y transitorias: la intoxicación y el síndrome de abstinencia.

Drogas y delincuencia podemos considerarlos como dos fenómenos plurietiológicos cuyas manifestaciones pueden aparecer como síntomas de inadaptación social, que pueden interactuar entre sí, ser interdependientes o evolucionar en paralelo, y no siempre, uno será causa del otro<sup>49</sup>. La idea que asocia el consumo de sustancias a la inadaptación social y a la delincuencia está muy extendida. Un hecho es evidente: en las instituciones penitenciarias hay un elevado número de internos como consecuencia del uso ilegítimo de determinadas sustancias, pero también es constatable que ni la mayor parte de los individuos que se drogan delinquen, ni la mayor parte de los que delinquen se drogan. Uso y abuso de tóxicos pueden

---

<sup>47</sup> CARRASCO GÓMEZ, J. J., MAZA MARTÍN, J.M. “Modificaciones de la responsabilidad criminal por causas psíquicas” en *Manual de Psiquiatría Legal y Forense*, La Ley, 2ª ed., Madrid, 2003, págs. 294-309.

<sup>48</sup> Hay que recordar, que, aunque en multitud de resoluciones ha venido exigiéndose la “base patológica”, tal exigencia no se generalizó, toda vez que en otras Sentencias, como, por ejemplo, la de 16 de junio de 1981, se consideraba concurrente el trastorno mental transitorio sin presencia de previa “base orgánica o patológica” para el mismo, criterio seguido mayoritariamente con posterioridad, en resoluciones como las de 6 de mayo de 1997, de 29 de septiembre y de 16 de octubre de 1998, etc., sin que falte tampoco alguna excepción al desarrollo de esta línea imperante, como la representada por la STS de 3 de junio de 2000.

<sup>49</sup> OSUNA, E., LUNA, A. “Family conflictivity and social maldajustement”, *Med Law*, Vol. 4, 1988, págs. 371-376/LUNA, A., OSUNA, E. “Drogas de abuso” en VILLANUEVA CAÑADAS, E., *Medicina Legal y Toxicología*, Gisbert Calabuig, Masson, Barcelona, 2004, págs. 1014-1034/HAKANSSON, A., SCHLYTER, F., BERGLUND, M. “Associations between polysubstance use and psychiatric problems in a criminal justice population in Sweden”, *Drug Alcohol Depend*, Vol. 1, 2011, págs. 5-11/ANDERSON, P. D., BOKOR G. “Forensic Aspects of Drug-Induced Violence” *J Pharmacy Practice*, Vol. 1, 2012, págs. 41-49/HÅKANSSON, A., BERGLUND, M. “Risk factors for criminal recidivism a prospective follow-up study in prisoners with substance abuse”, *BMC Psychiatry*, Vol. 12, 2012, pág. 111. /OSUNA, E., “Imputabilidad...”, ob cit. pág. 112.

estar implicados en la génesis de actos de violencia, pero su imbricación no es necesaria ni definitiva<sup>50</sup>.

Por otra parte, la presencia en el organismo de una sustancia no prueba que el individuo esté bajo sus efectos en el momento de los hechos, para ello la determinación analítica será fundamental, teniendo en cuenta las características del individuo y de la sustancia. La importancia de un determinado trastorno hay que estimarla no solo por su presencia, sino por los efectos que produce en el momento de la acción, lo que implica una dificultad sobreañadida<sup>51</sup>.

Según el Tribunal Supremo, en adelante TS, para la consideración de la drogodependencia como circunstancia que modifica la responsabilidad criminal, se requiere su plena acreditación, por lo que la mera alegación del consumo, aunque sea habitual, no constituye fundamento suficiente para ser tenida en cuenta, por lo que hay que constatar la influencia de la sustancia en las facultades intelectivas y volitivas del individuo<sup>52</sup>. El acto volitivo es la expresión de la libertad del sujeto y surge como reacción a una decisión consciente y reflexiva por la que se realiza o no una acción.

En estas situaciones, para la aplicación de una eximente o atenuante son necesarios cuatro requisitos: biopatológico, psicológico, temporal y normativo<sup>53</sup>.

---

<sup>50</sup> OSUNA, E., LUNA, A. "Family..." ob cit. págs. 371-376/LUNA, A., OSUNA, E. "Drogas de...", ob cit. págs. 1014-1034.

<sup>51</sup> TROTT, R. J. "Commentary diminished responsibility and the drug scene", *British Journal Addict*, Vol. 2, 1992, págs. 189-192.

<sup>52</sup> Según establece entre otras las STS de 16 de octubre de 2000, de 25 de abril de 2001 y de 12 de julio de 2002. También se debe valorar la situación concreta del individuo en el concreto momento en el que actúa, tal y como refiere la STS de 15 de noviembre de 2000.

<sup>53</sup> STS de la Sala 2ª de 31 de enero de 2013: 1) Requisito biopatológico, es decir, que se trate de una intoxicación grave y que tenga cierta antigüedad, ya que estas situaciones patológicas no se producen de forma instantánea, sino que, dependiendo de la sustancia, requieren un consumo más o menos prolongado en el tiempo; 2) Requisito psicológico, se ha de constatar que se produce en el sujeto una afectación de las facultades mentales; 3) Requisito temporal o cronológico, en el sentido que la afectación psicológica tiene que concurrir en el momento mismo de la comisión delictiva, o se actúe bajo los efectos del síndrome de abstinencia, siempre que tal estado no haya sido buscado con el propósito de cometer la infracción delictiva o no se hubiere previsto o debido prever su comisión; 4) Requisito normativo, es decir, la intensidad o influencia en los resortes mentales del sujeto, lo que conduce a su apreciación como eximente completa, incompleta o meramente como atenuante de la responsabilidad penal.

Por tanto, la drogodependencia, en su condición de circunstancia modificadora de la responsabilidad criminal, puede encuadrarse como eximente total o parcial, excluyendo total o parcial, respectivamente, la responsabilidad penal (arts. 20.1, 20.2 y 21.1 del CP), como atenuante, según el art. 21.2 o como atenuante analógica, aplicando el art. 21.6 del CP. La eximente completa (art. 20.1 de CP) sólo es posible cuando se haya acreditado que el sujeto padece una anomalía o alteración psíquica que le impida comprender la ilicitud de su conducta o de actuar conforme a esa comprensión<sup>54</sup> y se anula totalmente la capacidad de culpabilidad, como consecuencia de la influencia directa de la sustancia consumida o cuando actúa bajo el síndrome de abstinencia<sup>55</sup>. Es decir, nos encontramos ante una alteración de las facultades cognoscitivas o volitivas (comprender y actuar) y el individuo no es capaz de conocer la realidad y valorarla. A estas situaciones también se refiere el art. 20.2 del CP, cuando se refiere a la situación de intoxicación plena o acción bajo la influencia del síndrome de abstinencia al tiempo de cometer la infracción penal.

En relación a la culpabilidad del sujeto, es destacable lo señalado por la STS de 22 de marzo de 2001, que se refiere a la coexistencia de una alteración de la inteligencia y la voluntad junto a su repercusión en el hecho concreto<sup>56</sup>. Uno de los aspectos de mayor interés forense, como anteriormente se ha comentado, será poder diagnosticar el tipo de alteración y el grado de afectación en el momento en que ocurrieron los hechos, que puede ser muy variable, al tener en cuenta también la susceptibilidad individual. En lo que respecta al síndrome de abstinencia, es necesaria su valoración como circunstancia que puede eximir de la responsabilidad, teniendo en cuenta la respuesta individual en cada persona, los cuadros psicopatológicos que pueden aparecer y la incidencia sobre la ilicitud del hecho delictivo o sobre la actuación conforme a esa comprensión, a la que se puede aplicar una eximente completa (art. 20.2 CP) o parcial (art. 21.2 CP).

El síndrome de abstinencia es la manifestación externa de la grave drogodependencia del sujeto que lo sufre, dado que los trastornos físicos y psíquicos que aparecen no son sino la

---

<sup>54</sup> STS de 19 de enero de 2005.

<sup>55</sup> STS de la Sala 2ª de 31 de enero de 2013.

<sup>56</sup> Establece que “vendrá determinada necesariamente por la conjunción de dos coordenadas: la existencia de una anomalía o déficit afectante a sus facultades intelectual-volitivas (elemento médico que debe ser facilitado por la pericia correspondiente), y el elemento jurídico a determinar por el Tribunal, relativo a la concreta incidencia que esa situación haya podido tener en el hecho enjuiciado”.

expresión de la necesidad del consumo de drogas a que está habituado el toxicómano, y cuya suspensión provoca las alteraciones psicosomáticas propias del síndrome. De ahí que estas alteraciones no las padece el simple consumidor, sino el sujeto con una adicción intensa y prolongada en el tiempo, que es lo que genera la imperiosa necesidad de un consumo progresivo que, cuando no se satisface, provoca la aparición del cuadro.

También, otro elemento básico común a tener en cuenta, tanto en la “intoxicación” como en el “síndrome de abstinencia”, al igual que para cualquier otra causa de inimputabilidad de naturaleza psíquica, es la necesidad de poder llegar a establecer una verdadera “relación de sentido”, o de “causalidad”, entre el estado por privación de la sustancia y la comisión del hecho delictivo<sup>57</sup>.

El consumo también puede encuadrarse como eximente incompleta, en aquellas circunstancias en las que “no se encuentra totalmente anulada su capacidad de culpabilidad, pues puede resistirse a la comisión del hecho delictivo, aunque con gravísimas dificultades para ello”<sup>58</sup>. El propio TS alerta sobre la dificultad de su consideración en muchos casos, siendo preciso que sobre la base de la real existencia de la anomalía con sus sustanciales características biológicas, se produzca una disminución profunda de la capacidad del sujeto, aun cuando generalmente no la anule<sup>59,60</sup>. También puede establecerse cuando la drogodependencia se asocia a “otras causas deficitarias del psiquismo del agente, como pueden ser leves oligofrenias, psicopatías y trastornos de la personalidad, o bien cuando se constata que en el acto enjuiciado incide una situación próxima al síndrome de abstinencia, momento en el que la compulsión hacia los actos destinados a la consecución de la droga se hace más intensa, disminuyendo profundamente la capacidad del agente para determinar su voluntad”<sup>61</sup>.

El art. 21.2 del CP, anteriormente mencionado, se refiere a la atenuante por drogadicción, que se aprecia cuando el sujeto actúa a causa de su grave adicción que incide

---

<sup>57</sup> OSUNA, E. “Imputabilidad y consumo...” ob cit., pág. 113.

<sup>58</sup> STS de 17 de abril de 2000.

<sup>59</sup> STS Sala 5ª, de 28 de octubre de 1998.

<sup>60</sup> STS Sala 2ª, de 25 de febrero de 2009.

<sup>61</sup> STS de 31 de marzo de 1997.

como un elemento desencadenante del delito, de tal manera que el sujeto se comporta impulsado por la dependencia de los hábitos de consumo y comete el hecho<sup>62</sup>. El elemento nuclear es la ansiedad, como expresión del deseo o la necesidad, a veces irresistible de consumir la sustancia de la que depende y que surge con el recuerdo, por la presencia de síntomas de abstinencia o ante cualquier obstáculo que dificulte o pueda dificultar el acceso a la sustancia. Se traduce en un actuar impulsivo o compulsivo para alcanzar la posesión o administración de la sustancia.

El último apartado del art. 21 del CP recoge la denominada atenuante “analógica” o “por analogía”. Para su apreciación requiere la existencia de un significado semejante o parecido con alguna de las atenuantes que recoge el texto legal, lo que permite individualizar la pena. Esta fórmula se utiliza como consecuencia de la imposibilidad de prever en una norma, y de forma exhaustiva, la multiplicidad de circunstancias que en la vida real pueden darse y que son de significado “atenuante semejante” a las que vienen expresadas<sup>63</sup>. Este supuesto obliga al perito a valorar cualquier estado anímico que reduzca la capacidad cognoscitiva o volitiva en grado suficiente para reducir la imputabilidad.

Para concluir este apartado, hay que destacar que no toda situación física o anímica de drogodependencia puede ser considerada *per se* como una circunstancia modificadora de la responsabilidad criminal. Tampoco se puede rechazar de forma sistemática tal posibilidad, con la argumentación de que cuando se opta libremente por el consumo se conocen las consecuencias de sus efectos y de los estados carenciales. La labor pericial debe encaminarse a conocer la dependencia física o psíquica, la afectación sobre las facultades intelectivas y volitivas y su efecto en el desarrollo de los hechos enjuiciados<sup>64</sup>.

---

<sup>62</sup> STS de 28 de mayo de 2002: “bien para procurarse dinero suficiente para satisfacer sus necesidades de consumo inmediato o trafique con drogas con objeto de alcanzar posibilidades de consumo a corto plazo y al mismo tiempo conseguir beneficios económicos que le permitan seguir con sus costumbres e inclinaciones”

<sup>63</sup> STS de 2 de abril de 2004, expresa que “tal atenuante ha de aplicarse a aquellos supuestos en los que en la conducta declarada probada se aprecia una disminución del injusto del reproche de culpabilidad en el autor, (...) no se refiere a la concurrencia de los presupuestos de las demás atenuantes previstas en el precepto que recoge las circunstancias de atenuación, pues ello daría lugar a la afirmación de la existencia de atenuantes incompletas, sino que sin tener encaje preciso en las atenuantes (.....), merezcan un menor reproche penal y, consecuentemente, una menor consecuencia jurídica”.

<sup>64</sup> OSUNA, E. “Imputabilidad y consumo...”, ob cit., pág. 115.

Como tercer supuesto de exoneración de responsabilidad criminal, el art. 20 del CP se refiere a las “alteraciones de la percepción”, cuando alude al “que, por sufrir alteraciones en la percepción desde el nacimiento o desde la infancia, tenga alterada gravemente la conciencia de la realidad”, referencia evidente a aquellas personas que por tener alteradas sus facultades de percibir, especialmente la vista y el oído, no han recibido el necesario proceso de socialización, con el resultado de un erróneo conocimiento y representación de la realidad, del mundo exterior y de las relaciones sociales, a lo que se refería ya la STS de 5 de octubre de 1989<sup>65</sup>, anterior por tanto incluso al Código de 1995, aunque posterior a la ampliación producida con la reforma de 1983, que sustituyó la clásica referencia al “sordomudo de nacimiento y sin instrucción” por la más amplia y genérica de “alteraciones de la percepción”.

Nos encontramos, por consiguiente, ante una causa de inimputabilidad que requiere dos elementos: la base patológica y la repercusión psicológica.

a) Base patológica

La “base patológica” y, más concretamente, “sensorial” de la alteración de la percepción, ha de provenir del nacimiento o, en todo caso, desde la infancia. Se trata de un concepto normativo muy genérico, susceptible de interpretación casuística por parte del Tribunal, lo que ha venido provocando cierta polémica en nuestra doctrina penal, puesto que la Jurisprudencia del TS se viene manifestando de forma contradictoria y confusa en esta materia<sup>66</sup>. Así, pues, según la Jurisprudencia existente, los aspectos generales que hay que

---

<sup>65</sup> “...La referida eximente 3.ª del art. 8 del Código se refiere a aquellas alteraciones sensoriales que impiden al sujeto, desde su nacimiento o desde la generalidad de los casos, por un defecto en los sentidos de la vista, el oído o de la fonación, o por anomalías cerebrales que no procesan o interpretan correctamente los datos suministrados por los sentidos, o producidas en los singularísimos casos de aislamiento o incomunicación del individuo por trastornos de carácter o excepcionales circunstancias ambientales que la sustraen de todo contacto con medio cultural o social”.

<sup>66</sup> Sentencias como las de 20 de abril y 14 de marzo de 1987 sostienen que: “La alteración en la percepción estará determinada, en la generalidad de los casos, por un defecto sensorial, o por una anomalía cerebral susceptible de malinterpretar los datos suministrados por los sentidos, aunque no puede descartarse por completo, en contra de la tesis que se mantiene en el recurso, que la incomunicación y consecutiva falta de socialización sean efecto de ciertas y graves anomalías del carácter o de excepcionales circunstancias ambientales capaces de bloquear el proceso de integración del individuo en la sociedad”. Más adelante se añade, que “... la falta de contacto con la instrucción escolar y el consiguiente analfabetismo no puede ser equiparado a la alteración de la percepción que se prevé en el precepto como presupuesto básico de la circunstancia eximente...”, ya que “...la postura es razonable, no tanto, porque la alteración perceptiva haya de ser, en todo caso, de origen sensorial u orgánico, cuando porque también la persona no instruida por no escolarizada puede asimilar e interiorizar, de forma medianamente satisfactoria, los valores socialmente más estimados y los esquemas de conducta más generalizados, de suerte que, no siendo la escuela la única ni la más importante

considerar para la apreciación de la inimputabilidad ante una alteración sensorial pueden resumirse de la siguiente forma:

-La causa de las alteraciones de la percepción pueden encontrarse no solo en defectos sensoriales, sino también en otras anomalías no susceptibles de ser consideradas enfermedades mentales e, incluso, en circunstancias ambientales que limitan o impiden la integración del individuo en la sociedad;

-El fundamento se sitúa en la ausencia o destacada deficiencia de experiencias vitales y conocimientos de las normas y valores más elementales que regulan la vida social;

-Para la apreciación de esta circunstancia, es preciso la presencia del elemento “biológico”<sup>67</sup>.

En conclusión, ha de partirse del defecto sensorial o de una anomalía cerebral susceptible de malinterpretar los datos suministrados por los sentidos, sin que pueda descartarse por completo, lo que será cuestión de prueba más exhaustiva, que la incomunicación y consecutiva falta de socialización sean efecto de graves anomalías del carácter o de excepcionales circunstancias ambientales capaces de bloquear el proceso de integración del sujeto con la sociedad. Lo importante será no olvidar que en base a esa anomalía ha de originarse una grave alteración de la conciencia de la realidad.

Más adelante, la STS de 6 de febrero de 2001, fija su atención, exclusivamente, en las alusiones a la necesidad de concurrencia imprescindible del defecto sensorial, para concluir destacando la diferencia entre este y las deficiencias en la percepción de la realidad derivada de otras causas de “...raíz psiquiátrica, como son los trastornos esquizofrénicos...”, que deben encontrar más adecuada acogida en la amplia formulación del número 1.º del art. 20 CP o, en su caso, en el número 2.º de ese mismo precepto.

---

instancia de socialización, resulta perfectamente admisible que individuos que no han llegado a pasar por ella, hayan sido integrados en el grupo, a través del conjunto de experiencias que depara la vida en común, hasta el grado indispensable para que sus actos delictivos, puedan serles imputados y reprochados”.

<sup>67</sup> STS 14 de marzo de 1997: concluye que “... tanto de una limitación somática como, en casos extremos pero posibles y en ocasiones abundantes en sus producción, derivados de situaciones no creadas voluntariamente, sino impuestas por circunstancias externas o por una anomalía congénita del carácter que produce una actitud de cierre a la auto comunicación con el entorno”.



Otras resoluciones de nuestro TS fijan un criterio más riguroso en esta materia. Así por ejemplo, la STS de 27 de septiembre de 2005: niega la aplicación de esta eximente a quien ha llevado una “vida marginal y penosa”, argumentando que: “Alega el recurrente que se le debió aplicar, o bien la eximente completa 3.<sup>a</sup> del art. 20 CP, o bien la eximente incompleta a través del n.º 1 del art. 21 CP, y ello habida cuenta de que la propia Sala sentenciadora, en el fundamento quinto de derecho de la sentencia, afirma que se trata de una persona de “vida marginal y penosa, con el consiguiente alejamiento de las normas de convivencia social”.

Ello es cierto, pero el Tribunal utiliza esas expresiones no en el sentido que se contienen en la atenuante 3.<sup>a</sup> del art. 20 CP, sino simplemente con la finalidad, al tratar de individualizar la pena, de imponerla en el mínimo posible, es decir, en la de tres años de prisión<sup>68</sup>. Y es que los hechos probados y del conjunto de las pruebas practicadas “no puede

---

<sup>68</sup> La STS de 16 de noviembre de 2006, analiza extensamente esta cuestión con la pretensión de ofrecer una solución completa y definitiva al respecto, al señalar: “De lo expuesto resulta que lo relevante en el estudio de la imputabilidad es la capacidad de motivación de la norma y la posibilidad de actuación conforme a la misma. No es difícil analizar su concurrencia desde una perspectiva psíquica: si el sujeto padece una anomalía psíquica grave podemos representarnos la afectación de su enfermedad en el contenido de la imputabilidad que se materializará, en función de la intensidad en la exención, completa o incompleta, de la responsabilidad penal o en su atenuación, conforme a los arts. 20.1, 2 y 6 y 21.1, 2, 3, 6, o incluso a través del ejercicio de la función jurisdiccional de la individualización de la pena. También en su conformación ha de atenderse a una perspectiva social, pues los déficit de socialización, cuando son relevantes, pueden presentarse con intensidad tanto en la percepción como en la capacidad de actuación conforme a la norma al conforma una errónea apreciación de la realidad sobre la que atender el mandato de la norma, situación a que guarda cierta relación dogmática con el error de prohibición que afecta al elemento subjetivo del delito, pero no permite señalar como consecuencia jurídica la aplicación de medidas de seguridad. (...) Si aplicamos los elementos de la imputabilidad a la situación de déficit importante de socialización comprobamos que tanto la percepción de norma, como la valoración de la bondad de un bien jurídico como objeto de protección del derecho penal y la consideración de que una determinada conducta supone una lesión o una puesta en peligro del mismo, así como la capacidad para actuar conforme a la norma, o de inhibirse en la realización del ataque o de su puesta en peligro, aparecen seriamente comprometidas en los supuestos de la ausencia, o el déficit importante, de esos presupuestos de valoración llegando a desvirtuar las capacidades de comprensión, o distorsionarla de forma relevante, por lo que las capacidades de comprensión, o distorsionarla de forma relevante, por lo que la capacidad de actuar conforme a esa comprensión aparece, también, desvirtuada. Las condiciones de desigualdad, graves y relevantes, pueden afectar de distinta manera la imputabilidad y es graduable con arreglo a las herramientas que previstas en el Código permiten proporcionar la consecuencia jurídica a las condiciones de imputabilidad realmente existentes, cuando las condiciones de desigualdad suponen una anulación o una reducción de su imputabilidad. Para la necesaria acreditación de este presupuesto de la imputabilidad, desde las instrucciones de las causas penales debe abordarse la realización de las “hoja personales” en las que se recojan aquellos datos relevantes, en principio, a la individualización judicial de la pena, y que, en casos concretos, permiten obtener información sobre situaciones límites que, concretamente analizados desde las periciales de contenido social evidencian alteraciones importantes de la socialización que pueden dar lugar a una reducción, de la consecuencia jurídica cuando, repetimos, adquieren una relevancia en la imputabilidad. En el supuesto enjuiciado ninguna referencia relevante se efectúa sobre las condiciones psicosociales del acusado que influyen en su capacidad para

inferirse que el acusado por sufrir alteraciones en la percepción desde el nacimiento o desde la infancia, tenga alterada gravemente la conciencia de la realidad como reza y exige el precepto de referencia, es decir, desde cualquier punto de vista que se mire, no puede aceptarse esa eximente, ya sea completa o incompleta”.

b) Repercusión psicológica

Se refiere a una grave alteración de la conciencia de la realidad derivada de lo anterior. En este punto la Jurisprudencia señala que: “... lo relevante de esta circunstancia viene dado por la “carencia de aptitudes críticas” para desenvolverse u orientarse moralmente en la convivencia de los demás, que puede padecer el hombre como consecuencia de la ocasional incomunicación en que se ha encontrado desde su nacimiento o desde la infancia con respecto al entorno social”<sup>69</sup>.

Martínez Pereda<sup>70</sup> sostiene que esa “grave alteración de la conciencia de la realidad”, a que el precepto alude, “equivale, en el contexto de esta eximente, a erróneo o distorsionado concepto de los elementos vigentes”. Por consiguiente, el sujeto estaría incapacitado para reconocer el sentido antijurídico de sus actos, ya que esta circunstancia afectaría esencialmente, en el aspecto psicológico, a las facultades “cognoscitivas” del individuo, más que a las “volitivas”, aunque, de acuerdo con la tesis expansiva ya examinada, se ha llegado a sostener que también puede integrar ese efecto “psicológico” una “ausencia de integración social”, derivada de la incomunicación y aislamiento del individuo.

No cabe duda que los fallos sensoriales influyen en el desarrollo psíquico, por ejemplo la ceguera total, aunque afecte a la imagen subjetiva del mundo que le rodea que pueda crearse el que la padece, significa una levísima alteración del psiquismo y las relaciones con los demás, que no podría justificar en ningún caso la aplicación de la eximente, conforme establece desde hace tiempo la STS de 6 de mayo de 1981. Al respecto, la sordera sí que tiene

---

comprender el significado de la norma y en su posibilidad de actuar conforme a esa comprensión. El informe del SAJIAD, muy completo en su estructuración, acierta a explicar la situación personal del examinado pero del mismo no resultan los presupuestos de una reducción de la imputabilidad, en los términos expuestos, con relación al delito de lesiones en el ámbito familiar por el que ha sido condenado, delito en el que las condiciones de vigencia de la norma son continuamente anunciadas por los instrumentos de control social que actúan en la sociedad y sobre los que el acusado no presentaba ningún déficit”.

<sup>69</sup> STS de 20 de abril de 1987

<sup>70</sup> MARTÍNEZ PEREDA, J. M. “La imputabilidad”, *La Ley*, Madrid, 1996, págs. 1608-1616.

una mayor repercusión en este terreno, dado que a través del oído se posibilita el lenguaje hablado como medio de comunicación necesario para la percepción de los valores, entre ellos, los de contenido ético o jurídico, rectores del comportamiento en sociedad.

En definitiva, puede afirmarse que, en situaciones de carencia de la suficiente instrucción, los déficits sensoriales están en la base de reacciones psicológica, de introversión, inhibición de las relaciones interpersonales y sociales, de miedo, temor, paranoidismo, vergüenza, etc..., que pueden dar origen a conductas anómalas, que merecen el que sea tenido en cuenta el déficit que sufren por tales causas los individuos que las padecen, derivando la cuestión hacia el terreno de la determinación de si ello, en el caso concreto analizado, supone, en realidad, una afectación de las facultades psíquicas, en concreto de la cognoscitiva, que permita afirmar su completa anulación y, por ende, la aplicación de la eximente, o tan solo, la de una circunstancia, más o menos trascendente, de atenuación de la responsabilidad<sup>71</sup>.

El apartado 6.º del art. 20 del CP, se refiere al “que obre impulsado por miedo insuperable”, pero para un importante número de penalistas no es verdadera circunstancia de inimputabilidad, es decir, privativa de la capacidad para delinquir, sino causa de exclusión de la culpabilidad, no fundada en la inimputabilidad del individuo sino en la inexigibilidad de una conducta distinta a la realizada por este. Para Carrasco y Maza<sup>72</sup> el miedo o temor debe entenderse como un trastorno de ansiedad, que se puede incluir en la crisis de angustia con o sin agorafobia, así como reacción en los diversos trastorno fóbicos. Si bien hay que admitir que pueda surgir en personas normales, es decir, sin una previa patología psíquica anterior, y a la que se puede llegar como reacción ante una situación vivencial intensa en la que existe ese miedo o temor a perder la vida o sufrir graves daños. Carrasco<sup>73</sup>, considera que el cuadro clínico presente en estos supuestos, en su plenitud, entraría en la consideración de un verdadero trastorno mental transitorio, especialmente en sujetos que, por padecer trastornos de ansiedad, fobias o miedos patológicos, pueden llegar a esa situación, sin que sea preciso

---

<sup>71</sup> CARRASCO GÓMEZ, J. J., MAZA MARTÍN, J. M. “Modificaciones de la responsabilidad...”, ob cit., págs. 326-331.

<sup>72</sup> CARRASCO GÓMEZ, J. J., MAZA MARTÍN, J. M. “Modificaciones de la responsabilidad...”, ob cit., págs. 326-331.

<sup>73</sup> CARRASCO GÓMEZ, J. J. *Psiquiatría y Ley penal*, Monografía. Ed. Jarpyo Editores, Madrid, 1991, págs. 79-82.

incluso que la causa generadora fuera de entidad bastante para ser capaz de producir esos mismos efectos en el resto de las personas no afectadas por trastornos como los enunciados.

Tales sujetos, verdaderos “miedosos patológicos”, proclives de manera especial a situarse en esta causa de inculpabilidad, son aquellos que, ante estímulos menos poderosos que los exigidos en la generalidad de los individuos, tienen respuestas excesivas y exageradamente anómalas. Sería por tanto admisible, asimismo, en tales ocasiones, su integración en los criterios del art. 20.1.º, que puede englobar todas las situaciones tradicionalmente consideradas como trastorno mental transitorio<sup>74</sup>.

---

<sup>74</sup> La STS de 28 de junio de 2005, siguiendo a otras anteriores de semejante contenido, establece las características siguientes: “1), que se produzca como consecuencia de una situación de miedo o temor capaz de generar en el ánimo del acusado un estado emocional de tal intensidad que la prive del normal uso de su raciocinio y provoque la anulación de su voluntad o capacidad para autodeterminarse; 2.º), que dicha situación proceda de estímulos reales, ciertos, graves, acreditados, inminentes e injustificados; 3.º), que el mal causado no sea superior al temido; y 4.º), la insuperabilidad del miedo, es decir, la imposibilidad psíquica del que el acusado hubiese podido neutralizarlo o dominarlo”.

# **CAPÍTULO III**

## **LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD**



## I. FINES DE LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD

La medida de seguridad es una consecuencia jurídica del delito, distinta de la pena, consistente en la privación o restricción de bienes jurídicos, fundada en la peligrosidad criminal del sujeto, con exclusiva función de prevención especial. Constituye una de las posibles respuestas que el ordenamiento jurídico-penal ofrece como mecanismo de control social. Se la sitúa en un plano paralelo a la pena, pero no se debe confundir con ella<sup>75</sup>. Por tanto, podemos definir las medidas de seguridad como aquellas consecuencias jurídicas aplicables por el órgano jurisdiccional, en sustitución de una pena o conjuntamente con ella, a ciertos individuos (inimputables), autores de un hecho previsto como infracción criminal, que, por sus especiales características personales, son susceptibles de tratamiento terapéutico o reeducador. La aplicación de medidas de seguridad, exige la previa comisión de un hecho delictivo. Así lo afirma el art. 95.1 del CP<sup>76</sup>, y ha sido reiteradamente subrayado por nuestra jurisprudencia. El Tribunal Constitucional en diversas Sentencias<sup>77</sup> pone de manifiesto la inconstitucionalidad de las medidas de seguridad y reinserción social predelictuales por conculcar el principio de legalidad (art. 25.2 CE).

Surgen dudas sobre la necesidad de la previa comisión de un hecho delictivo a la imposición de medidas de seguridad y reinserción social a la hora de determinar si solo los conceptuados como delitos graves o menos graves dan lugar a la aplicación de dichas consecuencias jurídicas, o si cabe su imposición aun concurriendo una falta. Para Urruela Mora<sup>78</sup>, la mejor solución sería modificar la regulación legal para dar cabida a las faltas como hecho previo susceptible de la aplicación de una medida. No todas las medidas de seguridad

<sup>75</sup> MUÑOZ CONDE, F., GARCÍA ARÁN, M. *Derecho Penal. Parte General*, 6ª ed., Valencia, Tirant lo Blanch, 2004, pág. 59.

<sup>76</sup> “las medidas de seguridad se aplicarán por el Juez o Tribunal, previos a los informes que estime convenientes, a las personas que se encuentren en los supuestos previstos en el capítulo siguiente a este Código, siempre que concurren estas circunstancias: 1ª. Que el sujeto haya cometido un hecho provisto como delito (...)”, así como en el art. 6.1 CP “las medidas de seguridad se fundamentarán en la peligrosidad criminal del sujeto al que se impongan, exteriorizada en la comisión de un hecho previsto como delito”.

<sup>77</sup> STC 23/1986, de 14 de Febrero –Sala Segunda-, en recurso de amparo nº. 746/1984, STC 21/1987 de 19 de febrero –Sala Segunda- en recurso de amparo nº. 1126/1985 y STC 131/1987, de 20 de Julio –Sala Segunda- en recurso de amparo nº. 1195/1985.

<sup>78</sup> URRUELA MORA, A., “Las medidas de seguridad y reinserción social en la actualidad. Presupuestos aplicativos de las mismas en virtud del marco normativo trazado por la Constitución de 1978 y el CP 1995” en *Las medidas de seguridad y reinserción social en la actualidad*, Comares, Granada, 2009, pág. 58.

presentan igual intensidad ni el mismo nivel de intromisión en el sujeto, por lo que ningún obstáculo debería existir para imponer medidas de seguridad no privativas de libertad en caso de comisión de una falta por parte de un inimputable o semiimputable.

Las medidas de seguridad y las penas comparten el “carácter de consecuencia jurídica del delito”, ser instrumentos en la lucha contra el delito e ir dirigidas a la reeducación y reinserción social. Las medidas sólo se podrán imponer o aplicar válidamente si se encuentran previstas en la norma positiva y habrán de serlo, además, por los órganos de la jurisdicción con cumplimiento de todos los requisitos propios de su función<sup>79</sup>.

Tienen su origen en el dualismo de la Escuela Clásica y en la Escuela Positiva. Todos los ordenamientos penales actuales han optado por el llamado sistema dualista o binario, consistiendo éste en la simultaneidad de penas y medidas como medios de combatir el delito y facilitar la reinserción social del delincuente<sup>80</sup>. El sistema dualista tiene las siguientes características:

a. La pena se diferencia de la medida en su naturaleza propiamente retributiva. Sus supuestos son diferentes: la pena se fundamenta en la culpabilidad del sujeto mientras que la peligrosidad es el presupuesto de la medida de seguridad; la pena tiene una duración determinada, proporcionada a la culpabilidad fijada en la sentencia, las medidas están bajo un régimen de sentencia indeterminada.

b. Pena y medida de seguridad responden a exigencias distintas que hacen imposible su unificación.

c. A tenor de este alejamiento de objetivos, su aplicación es acumulativa, siendo preferente la de la pena sobre la medida<sup>81</sup>.

Así pues, en los casos en que un enfermo mental sea declarado inimputable o en aquella circunstancia en la que una persona no sea responsable de sus actos o sea incapaz de

---

<sup>79</sup> CARRASCO GÓMEZ, J. J., MAZA MARTÍN, J. M., “Medidas de Seguridad”, *Manual de Psiquiatría Legal y Forense*, Madrid, 2003, págs. 393-394.

<sup>80</sup> LANDECHO VELASCO, C. M., MOLINA BLAZQUEZ, C. *Derecho Penal español. Parte general*, 6ª ed., Tecnos, Madrid, 2000, págs. 46-47.

<sup>81</sup> MORILLAS CUEVA, L. “Relaciones entre la pena y la medida de seguridad. Los diversos sistemas de regulación”, *Teoría de las consecuencias jurídicas del delito*, Tecnos, Madrid, 1991, pág. 230.



entender el sentido de una sanción penal, los ordenamientos jurídicos establecen diferentes medidas de seguridad, incluyendo en éstas el internamiento en centros psiquiátricos penitenciarios, siendo su función separar de manera temporal al sujeto enfermo mental o incapaz de la sociedad, y aplicarle un tratamiento efectivo para evitar la reincidencia y proporcionarle una educación para su readaptación social.

Las medidas de seguridad, tal y como se conocen en la actualidad, son el resultado de numerosos cambios normativos, recogándose por primera vez en el CP de 1928<sup>82</sup>, tomando como referencia el CP italiano de Rocco. En 1931 durante la Dictadura de Primo de Rivera se abolió toda la Legislación del momento y se volvió a instaurar el anterior Código de 1870, con lo que las medidas de seguridad desaparecieron. Posteriormente, el 4 de agosto de 1932 se promulgó la Ley de Peligrosidad conocida como Ley de Vagos y Maleantes, apodada como “La Gandula”<sup>83</sup>, siendo sus redactores Jiménez de Asúa, y López Rey. Esta Ley tenía en común con el CP de 1928 que contenía en su texto la sentencia indeterminada y no distingue entre la peligrosidad criminal y social pero sí incluía los tipos delincuentes predelictuales y postdelictuales. Fue derogada en 1970, con lo que estuvo en vigor treinta y ocho años promulgándose la Ley de Peligrosidad y Rehabilitación Social, conocida como “La Peligrosa”, que derogó algunos tipos de peligrosidad e introdujo otros nuevos y exigió que hubiera pruebas demostrables de la peligrosidad del sujeto para aplicarle esta Ley, y la limitación de las sentencias indeterminadas. La Ley de Peligrosidad y Rehabilitación Social se modificó tras la promulgación de la CE en 1978. Con la llegada de la democracia a nuestro país se redactaron proyectos y anteproyectos<sup>84</sup> que condujeron al CP de 1995.

El CP de 1985 suprimió las medidas predelictuales. Esta decisión legislativa de exigir, necesariamente, la comisión de un delito por el sujeto peligroso para que se le pueda aplicar una medida de seguridad radica únicamente en el ámbito de las garantías. El delito previo es

---

<sup>82</sup> Las medidas que inicialmente se incluían en este Código eran indeterminadas aunque no en todos los casos, ya que para los delincuentes multirreincidentes se revisaban periódicamente cada dos años. Sin embargo, sí tenían un carácter indeterminado para los alcohólicos (art.104 CP. 1928) y para los vagos (art.105 CP. 1928).

<sup>83</sup> Las medidas que se imponían bajo esta Ley fueron: el internamiento en un establecimiento de régimen de trabajo o colonia agrícola por tiempo indeterminado, que no podía exceder de tres años; el internamiento en un establecimiento de custodia por tiempo indeterminado no inferior año y que no podía exceder de cinco años; y el aislamiento curativo en “casas de templanza” por tiempo indeterminado.

<sup>84</sup> Proyecto de Ley Orgánica de CP de 1986; la propuesta de anteproyecto de nuevo CP de 1983; el borrador de anteproyecto de la parte general del CP de 1990 o el anteproyecto de CP de 1992.

un síntoma o indicio de peligrosidad que, añadido a otros mecanismos de prognosis, concede legitimidad al consiguiente proceder, privando o restringiendo los derechos del individuo<sup>85</sup>. El fundamento para la aplicación de medidas de seguridad es la peligrosidad, concepto que posteriormente desarrollaremos con mayor amplitud, junto al concepto que en la actualidad conocemos como valoración del riesgo.

## II. LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD Y REINSERCIÓN SOCIAL EN EL MARCO JURÍDICO

Como anteriormente hemos comentado, el art. 25.2 de la CE establece que “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”. A su vez, el art. 10.1 se refiere a “la dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes, el libre desarrollo de la personalidad, el respeto a la ley y a los derechos de los demás son fundamento del orden político y la paz social” y, por último, el art. 15 señala que “Todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes (...)”.

Atendiendo al art. 25.2 y según Urruela Mora<sup>86</sup>, existe una relación directa entre la peligrosidad criminal y la orientación hacia la reeducación y rehabilitación social que establece la CE, por lo que no cabría hablar de verdadero “tratamiento” de la peligrosidad, si el fin último de la medida es el asegurativo. Así, una medida desprovista de una finalidad rehabilitadora, es contraria al mandato constitucional que impone el tratamiento de la peligrosidad criminal del sujeto. En este sentido, una de las grandes diferencias entre penas y medidas de seguridad y reinserción social es la utilización, para la consecución de los fines específicos preventivos-especiales que caracterizan a las medidas de seguridad, de instrumentos curativos y educativos no presentes en el régimen de ejecución de las penas.

Por otra parte, la prohibición de tratos inhumanos y degradantes, que se recoge en el art. 15 de la CE, constituye un límite expreso a la forma de ejecución susceptible de ser adoptada en materia de medidas de seguridad y reinserción social, y en todo caso trata de

---

<sup>85</sup> GRACIA MARTÍN, L., BOLDOVA PASAMAR, M. A., ALASTUEY DOBÓN, M .C. *Lecciones de consecuencias jurídicas del delito*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2000, pág. 314.

<sup>86</sup> URRUELA MORA, A., “Las medidas de...” ob cit., pág. 20.

evitar procedimientos humillantes. Los abusos producidos durante décadas, especialmente en materia de tratamientos aplicables a enfermos mentales, obligan a mostrarse especialmente vigilantes en este punto, por lo que es de destacar la garantía de este artículo como criterio rector fundamental en dicho ámbito.

El CP de 1995 incorpora las medidas de seguridad en los arts. 95 a 108, y también se refiere a ellas en el Título Preliminar (arts. 1 y ss.) donde se recogen las “garantías penales y de aplicación de la Ley penal”, tanto para las penas como para las medidas de seguridad. En los arts. 6.1 y 95.1 establece como fundamento de las medidas de seguridad la “peligrosidad criminal” del sujeto, exteriorizada en la comisión de un hecho previsto en la Ley como delito. Además, abandona el criticable fundamento de la mera “peligrosidad social” que se consagraba en el art. 2.B) de la Ley de Peligrosidad y Rehabilitación Social, de 4 de Agosto de 1970, y excluye “las medidas de seguridad predelectivas”, incompatibles con las garantías propias de un Estado de Derecho. En el actual CP se contempla expresamente, pero no de manera completa, el principio de proporcionalidad en el ámbito de las medidas de seguridad (art. 6.2). Estas medidas son aplicables sólo a los sujetos inimputables (arts. 101 a 103) y a los semiimputables (art. 104), quedando fuera de su ámbito de aplicación los imputables especialmente peligrosos de criminalidad grave. Comprenden las medidas privativas de libertad (art. 96.2) y las no privativas de libertad (arts. 96.3 y 105). Cuando concurren penas y medidas de seguridad privativas será aplicable, lo previsto en el art. 99, el sistema vicarial o de sustitución, que está pensado para los sujetos semiimputables (art. 104).

De acuerdo con el art. 95 del CP<sup>87</sup> se requiere la existencia de una peligrosidad “postdelictual”, y que sea de naturaleza criminal, entendida como probabilidad de comisión futura de nuevos delitos. Este artículo establece también una garantía esencial, informada por los principios de proporcionalidad e igualdad, tendente a no hacer de peor condición a quien comete un hecho típicamente antijurídico concurriendo de forma completa o incompleta una causa de inimputabilidad, que a quien lo realiza de forma plenamente reprochable: la

---

<sup>87</sup> Art. 95 CP: “1. Las medidas de seguridad se aplicarán por el Juez o Tribunal, previos los informes que estime convenientes, a las personas que se encuentren en los supuesto previstos en el siguiente capítulo de este Código, siempre que concurren estas circunstancias: 1ª Que el sujeto haya cometido un hecho previsto como delito. 2ª Que del hecho y de las circunstancias personales del sujeto pueda deducirse un pronóstico de comportamiento futuro que revela la probabilidad de comisión de nuevos delitos. 2. Cuando la pena que hubiere podido imponer por el delito cometido no fuere privativa de libertad, el Juez o Tribunal sentenciador sólo podrá acordar alguna de las medidas previstas en el art. 96.3”.

imposibilidad de decretar medida privativa de libertad cuando el delito cometido no tuviere prevista pena de igual clase -prisión o arresto domiciliario-<sup>88</sup>.

En su apartado 2, el art. 95 señala otro límite de aplicabilidad de las medidas, consistente en que para delitos a los que exclusivamente se aparejan penas no privativas de libertad el Juez o Tribunal sentenciador sólo pueda conocer alguna o algunas de las medidas previstas en el art. 105 del CP, es decir, las medidas no privativas de libertad. Por tanto, no se podrá aplicar una medida de seguridad privativa de libertad a un sujeto inimputable peligroso que haya cometido un delito no castigado con pena privativa de libertad, aunque el tratamiento adecuado para neutralizar la peligrosidad criminal de ese sujeto fuera su internamiento en el correspondiente centro de cumplimiento.

En el art. 96.2 del CP, se incluyen las diferentes medidas, entre las que se incluyen el internamiento en centro psiquiátrico, en centro de deshabitación o en centro educativo especial, que deberán ejecutarse en “establecimientos especiales”, es decir, independiente de los demás establecimientos penitenciarios.

El Reglamento Penitenciario (aprobado mediante RD 190/1996, de 9 de Febrero) en sus arts. 183 y ss. considera como centros psiquiátricos los establecimientos o unidades psiquiátricas penitenciarias y los define como “aquellos centros especiales destinados al cumplimiento de las medidas de seguridad privativas de libertad aplicadas por los Tribunales correspondientes”. Ello ha llevado a Gracia Martín<sup>89</sup> a afirmar que, en principio, únicamente cabría la ejecución de las medidas de internamiento psiquiátrico para inimputables en establecimientos o unidades psiquiátricas penitenciarias. Sin embargo, Urruela Mora<sup>90</sup>, considera imprescindible una interpretación más amplia y que dicho cumplimiento se ejecute en centros no penitenciarios, en los que las posibilidades rehabilitadoras resultan significativamente mayores. Se trata de establecimientos más adecuados y preparados para hacer frente a las necesidades terapéuticas y de resocialización del sujeto, y para llevar a cabo un tratamiento eficaz de la peligrosidad criminal del mismo. Para este autor, es preciso poner

---

<sup>88</sup> GARCÍA ALBERO, R. “De las medidas de seguridad”, en QUINTERO OLIVARES, G. *Comentarios al CP Español*, Aranzadi, Pamplona, 2005, págs. 543-553.

<sup>89</sup> GRACIA MARTIN, L., en, BOLDOVA PASAMAR, M. A., ALASTUEY DOBÓN, C. *Lecciones de consecuencias jurídicas del delito*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2000, pág. 319.

<sup>90</sup> URRUELA MORA, A., “Las medidas de ...”, ob cit., págs. 78-86.

de manifiesto la nítida separación que debe existir entre la esfera jurídica (respecto del examen de la imputabilidad del sujeto), y la médica (responsable efectiva del tratamiento), en aras a que el individuo con anomalía o alteración psíquica que comete un delito sea tratado como lo que es, un paciente y no como un preso común. En este sentido conviene afirmar, siguiendo a Delgado Bueno<sup>91</sup> que el enfermo mental delincuente ha de ser asumido por el sistema sanitario, no debiendo la gravedad del delito constituir el patrón para la determinación de qué conducta resulta susceptible de tratamiento médico y cuál de mera intervención penitenciaria.

El art. 97 del CP regula el procedimiento de revisión periódica acerca de la ejecución de las medidas de seguridad, destacando el papel relevante que en tal procedimiento se le asigna al Juez de Vigilancia Penitenciaria, quien podría proponer alguna de las siguientes decisiones: a) mantener la ejecución de la medida de seguridad impuesta; b) decretar el cese de cualquier medida de seguridad impuesta en cuanto desaparezca la peligrosidad criminal del sujeto; c) sustituir una medida de seguridad por otra que estime más adecuada, entre las previstas para el supuesto de que se trate. En el caso de que fuera acordada la sustitución y el sujeto evolucionara desfavorablemente, se dejará sin efecto la sustitución, volviéndose a aplicar la medida sustituida; d) dejar en suspenso la ejecución de la medida en atención al resultado ya obtenido con su aplicación, por un plazo no superior al que reste hasta el máximo señalado en la sentencia que la impuso. La suspensión quedará condicionada a que el sujeto no delinca durante el plazo fijado, y podrá dejarse sin efecto si nuevamente resultara acreditada cualquiera de las circunstancias previstas en el art. 95 de este Código. A estos efectos, el Juez de Vigilancia Penitenciaria estará obligado a elevar al menos anualmente, una propuesta de mantenimiento, cese, sustitución o suspensión de la medida de seguridad de la pena privativa de libertad impuesta.

No obstante lo anterior, el Juez de Vigilancia Penitenciaria deberá valorar los informes emitidos por los facultativos y profesionales que asistan al sometido a medida de seguridad, y, en su caso, el resultado de las demás actuaciones que a este fin ordene.

---

<sup>91</sup> DELGADO BUENO, S. “Alternativas al internamiento involuntario”, en DELGADO BUENO, S., ESBEK RODRIGUEZ, E., RODRÍGUEZ PULIDO, F., GONZALEZ DE RIVERA Y REVUELTA, J. R. *Psiquiatría Legal y Forense*, Vol. 2, Colex, Madrid, 1994, págs. 663-673.

El principio de intervención mínima aplicable a las medidas de seguridad, que se consagra en el art. 6.2, se proyecta en el art. 97 en el que se reconoce que la duración de la medida de seguridad, de acuerdo con su fundamento, que es la peligrosidad criminal del autor, dependerá de la evolución del desarrollo de esta situación personal del sujeto peligroso. De ahí que sea necesario e ineludible proceder a una revisión periódica de la ejecución de la medida de seguridad, y todo ello explica las facultades que el art. 97 confiere a los Tribunales de Justicia para decidir (previa propuesta del Juez de Vigilancia Penitenciaria) el cese, la sustitución, o la suspensión de las medidas de seguridad, durante la ejecución de la sentencia. Las resoluciones judiciales sobre la ejecución de las medidas de seguridad deben ir precedidas, conforme a lo establecido por el art. 97.1º, por un procedimiento contradictorio y por la preceptiva propuesta formulada por el Juez de Vigilancia Penitenciaria.

El art. 99 del CP señala que en el caso de concurrencia de penas y medidas de seguridad privativas de libertad, el Juez o Tribunal ordenará el cumplimiento de la medida, que se abonará para el de la pena. Una vezalzada la medida de seguridad, el Juez o Tribunal podrá, si con la ejecución de la pena se pusieran en peligro los efectos conseguidos a través de aquélla, suspender el cumplimiento del resto de la pena por un plazo no superior a la duración de la misma, o aplicar alguna de las medidas previstas en el art. 96.3. Este artículo hace referencia al sistema vicarial, por medio de él se intentan solucionar los casos de concurrencia de pena y medida de seguridad. Sus datos más significativos son: a) el juez puede acordar sustituir la pena fijada sobre la base de la culpabilidad del sujeto por una medida de seguridad; b) una vez ejecutada la medida, el juez tiene dos posibilidades: una, entender que se ha de cumplir la pena también, en cuyo caso el tiempo de cumplimiento de la medida será computado al de la pena; otra, estimar que la pena no es necesaria una vez cumplida la medida, con lo que decretará la remisión condicional; c) para tomar cualquiera de estas decisiones el juez debe fundamentar su resolución en la personalidad del sujeto, en la necesidad de tratamiento y en las exigencias de defensa social.

El fundamento de las medidas de seguridad es, en todo caso, la peligrosidad criminal y nunca la gravedad del hecho cometido. A su vez, la especial naturaleza de la peligrosidad criminal como fundamento de la imposición de medidas de seguridad y reinserción social, obliga a tener en cuenta las circunstancias ligadas al tratamiento a la hora de imponer el límite de duración de la medida. De resultar el internamiento inadecuado, por haber desaparecido la peligrosidad del sujeto, es preciso decretar el cese del mismo por parte del Tribunal (art. 97

del CP) atendiendo a la seguridad jurídica, ya que se garantiza que ningún sujeto carente de peligrosidad va a continuar cumpliendo medidas de seguridad alguna. El internamiento no podrá exceder del tiempo que habría durado la pena privativa de libertad, si hubiera sido declarado responsable el sujeto, y a tal efecto el Juez o Tribunal fijará en la sentencia ese límite máximo. El sometido a esta medida no podrá abandonar el establecimiento sin autorización del Juez o Tribunal sentenciador.

### III. PRINCIPIOS RECTORES DE LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD

La regulación contenida en el CP (arts. 95 a 108) permite identificar un conjunto de principios rectores en esta materia. Son los siguientes:

#### III.1. Principio de legalidad

Como desarrollo del art. 25.1 de la Constitución, se consagra el principio de legalidad, a semejanza de lo previsto para las penas y sanciones. Sin embargo, a diferencia de estas, se requiere objetivar el “pronóstico de peligrosidad”, por lo que la aplicación de este principio no es totalmente idéntica. Además, tal y como establece el art. 1.2. del CP “las medidas de seguridad solo podrán aplicarse cuando concurren los presupuestos establecidos previamente en la Ley”, debiendo ser además la norma anterior a la perpetración del supuesto de hecho que la motive por lo que carecerán, igualmente, de efecto retroactivo las leyes que establezcan medidas de seguridad<sup>92</sup>. Finalmente, según el art. 3.2 del CP “tampoco podrá ejecutarse pena ni medida de seguridad en otra forma que la prescrita en la Ley y reglamentos que la desarrollan, ni con otras circunstancias o accidentes que los expresados en su texto”.

#### III.2. Jurisdiccionalidad

El carácter jurisdiccional tanto de la imposición como de la ejecución de la medida, constituye el cauce idóneo para hacer más efectivo el respeto a los derechos y a dispensar,

---

<sup>92</sup> Art. 2.1 CP: “no será castigado ningún delito ni falta con pena que no se halle prevista por ley anterior a su perpetración.”

desde presupuestos de estricta independencia e imparcialidad<sup>93</sup>. El propio Código también contempla con especial atención la intervención en la tarea jurisdiccional de otros ámbitos, tales como los de los profesionales sanitarios y otros, que asistan a los sometidos a la medida, los Servicios de Administración correspondientes y los de asistencia social competentes, e incluso los propios familiares a quienes puede encomendarse la medida de “custodia”, que contienen ciertos matices diferenciales respecto del mismo principio de la “reserva jurisdiccional”, en relación con la aplicación de penas.

### III.3. Proporcionalidad

Surge de la necesidad para el ordenamiento jurídico de encontrar una relación adecuada entre la acción reprobable y la respuesta a esta. Por ello, la medida que se impone ha de estar relacionada con la pena prevista para el hecho cometido. Es decir, tan solo en aquellos casos de infracciones castigadas con pena privativa de libertad podrán aplicarse medidas como la del internamiento, y siempre con una duración no superior a la de aquella, al margen de la entidad de la peligrosidad pronosticada o de la subsistencia de esta, una vez cumplido dicho plazo.

### III.4. Finalidad terapéutica preferente

La aplicación de la medida, mientras que se mantenga, y cualquiera que fuere la naturaleza de esta, ha de regirse por un interés primordialmente terapéutico, bien de modo principal o de forma accesoria, como medidas complementarias o coadyuvantes a esa finalidad principal<sup>94</sup>.

---

<sup>93</sup>Art. 3.1 CP: “no podrá ejecutarse pena ni medida de seguridad sino en virtud de sentencia firme dictada por el Juez o Tribunal competente, de acuerdo con las Leyes procesales” (...) “la ejecución de la pena o de la medida de seguridad se realizará bajo el control de los Jueces y Tribunales competentes”.

<sup>94</sup> La STS de 22 de enero de 2001 refiere: “En efecto, según explica su atinado razonamiento el Fiscal, la medida de internamiento prevista en el art. 101 del CP cuando el enajenado hubiera cometido un hecho delictivo, no debe ser entendida como una pena, dado que esta no puede serle impuesta a quien carece de capacidad de culpabilidad, elemento este que constituye la piedra angular del moderno derecho penal. De ahí que la duración de la medida de seguridad está sometida a un límite máximo que ha de ser fijado por el juzgador y que no podrá



### III.5. Obligatoriedad del cumplimiento de la medida

Se establece la obligatoriedad de sometimiento, con previsión de las correspondientes consecuencias ante su incumplimiento. Y ello a pesar de la ya referida finalidad terapéutica preponderante e, incluso, de los problemas que a tal fin puede llegar a plantear, para su verdadera eficacia, la imposición forzosa de determinados tratamientos.

---

exceder del tiempo que habría durado la pena privativa de libertad si el autor del hecho ilícito hubiera sido responsable, según señala el art. 101 del CP. Pero en el bien entendido que como tal límite máximo, este no es irreversible o inmodificable sino que, por su propia naturaleza, permite que la duración del internamiento acordado por el juzgador se interrumpa antes del vencimiento de dicho tope cuando la recuperación o mejora de la salud mental del enajenado permita sustituir el internamiento por otra medida de seguridad o, incluso, la supresión por innecesaria de cualquier medida, puesto que carecería de apoyo legal el mantenimiento del internamiento en un Centro Psiquiátrico que no estuviera clínicamente justificado”.



## **CAPÍTULO IV**

**LA VIOLENCIA, LA PELIGROSIDAD Y LA VALORACIÓN DEL RIESGO**



## I. LA VIOLENCIA

La violencia es un fenómeno interpersonal y social que afecta de forma grave al bienestar y la salud de los individuos. Provoca una importante alarma social y una reacción de rechazo e intolerancia generalizada, agravada a menudo por los medios de comunicación, por lo que tanto los responsables de las instituciones, como los expertos interesados en este ámbito, buscan medios para su prevención. En cualquiera de sus formas y tipos, genera una enorme preocupación en todas las sociedades modernas, en las que el grado de bienestar y desarrollo convierte a este fenómeno en una causa grave del deterioro de la convivencia. Constituye un fenómeno social muy común, pero del que aún desconocemos muchos aspectos críticos para afrontar su prevención y eliminación. Se sabe que es reiterativa y que, en alguna de sus formas, como es el caso de la violencia de género, alcanza niveles de extensión y reincidencia que se pueden calificar de “pandémicos”.

Entre las estrategias más útiles para su control se sitúa la prevención y, a la cabeza de esta labor, las técnicas de predicción constituyen el primer paso para tratar la violencia a nivel del caso individual y evitar su continuidad o cronicidad. El concepto, sus causas y consecuencias convocan a juristas, criminólogos, profesionales de la salud, expertos en conducta y trabajadores sociales, que desde un marcado carácter interdisciplinario, intentan encontrar soluciones eficaces.

Afecta a la convivencia social y como problema de “salud pública” supera en mucho el tema de la delincuencia a la que, naturalmente, integra. Desde el punto de vista jurídico, todas las acciones que incluyen violencia forman parte de los delitos que se recogen en el CP. Como problema de salud pública sus consecuencias repercuten notablemente sobre la salud y el bienestar de las víctimas, en particular y de toda la sociedad, en general. Así pues, como fenómeno complejo que es, no se comprende solamente desde una perspectiva única, sino que requiere aproximaciones multidisciplinarias.

Las soluciones para evitar la violencia se reclaman a distintos ámbitos del conocimiento: a los profesionales de la salud, psiquiatras y psicólogos, por la creencia extendida de que se encuentra estrechamente vinculada a la enfermedad mental, el consumo de alcohol y otras drogas, así como a otros factores individuales como el autocontrol o la agresividad; se pide a los sociólogos y trabajadores sociales que aporten soluciones desde sus competencias para este grave problema asociado a los factores de riesgo social, tales como la

marginalidad, la pobreza, las actitudes pro-violentas, etc.; también los educadores y los profesionales de la educación están llamados a esta colaboración porque la prevención escolar y a edades precoces puede resolver en parte la aparición de comportamientos violentos. Pero los profesionales que adquieren un mayor protagonismo son todos aquellos directamente relacionados con la gestión y el control de la delincuencia: criminólogos, juristas, policías, técnicos penitenciarios, etc.<sup>95</sup>. La razón es más que evidente: las acciones violentas son una forma de comportamiento social, consideradas como delito en casi todas las leyes y códigos penales vigentes en las sociedades avanzadas y, por tanto, la conducta violenta es causa de persecución, detención, juicio y condena de sus autores. En este sentido, la preocupación por la violencia ha impactado directamente sobre la criminología y sus profesionales, ya que si bien la delincuencia violenta siempre les había interesado, desde hace unos años ocupa un lugar preeminente. El análisis y abordaje de este fenómeno ha tenido un tratamiento científico muy limitado, y no ha sido hasta hace pocos años cuando se ha convertido en objeto de análisis y de estudio científico creciente<sup>96</sup>.

Una de las primeras dificultades para el estudio científico ha sido su delimitación conceptual. Es muy frecuente encontrar, bajo la etiqueta de violencia, fenómenos análogos pero que son diferentes, tales como el delito, la agresión o el comportamiento antisocial. Esta confusión tiene que ver con la falta de una integración en su definición que ayude a clarificar el significado de estos términos. La violencia tiene una doble connotación que la define como una acción o comportamiento y también como una disposición, capacidad o atributo psicológico. Es necesario distinguir entre la “cualidad” de ser violento, que a priori podríamos considerar un sinónimo de “peligrosidad”, y el acto o acción de comportarse violentamente, que corresponde no a la aptitud del sujeto sino, estrictamente, a su comportamiento. Los determinantes de una acción y de una disposición son diferentes, ya que cuando nos referimos a la acción violenta, como toda conducta, es el resultado de la interacción concreta de factores individuales y situacionales. Por el contrario, cuando hablamos de violencia como cualidad o

---

<sup>95</sup> REDONDO, S., ANDRÉS PUEYO, A. “La psicología de la delincuencia”, *Papeles del Psicólogo*, Vol. 3, 2007, págs. 147-156.

<sup>96</sup> HELMUTH, L. “Has America’s tide o violence receded for good?”, *Science*, Vol. 289, 2000, págs. 582-585.

atributo de los individuos, los determinantes personales e históricos, adquieren un papel más relevante que la propia situación<sup>97</sup>.

Según el grupo de expertos, encargado por la OMS para realizar un estudio epidemiológico acerca de las relaciones entre violencia y salud, se define como el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o de forma efectiva, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones<sup>98</sup>.

Esta definición considera la violencia como algo más que una conducta. No es ni una respuesta emocional, ni un síntoma psicopatológico, ni una respuesta simple y automática o irreflexiva, ni tan siquiera una forma de actuar, de pensar o sentir. Es una estrategia psicológica que se pone en marcha por parte del individuo (o a veces de los grupos) para alcanzar un fin determinado. Por tanto, requiere por parte del sujeto que la ejerce la utilización de diferentes recursos y procesos psicológicos, que convertirán deliberadamente esta estrategia en un comportamiento o serie de comportamientos realizados para alcanzar un objetivo, a costa de dañar a otros. Su origen es la voluntad individual de resolver un conflicto, real o imaginado, para el que se aplican los recursos emocionales, motivacionales y cognitivos disponibles y que guiarán los distintos comportamientos agresivos (organizados en el tiempo), que se convertirán en el mecanismo común para su ejercicio<sup>99</sup>. A su vez, la violencia, entendida como un acto o acción, tiene su origen en la decisión individual intencionada, de actuar para obtener un determinado beneficio o consecuencia buscada formando parte de la estrategia violenta planificada. Esta consideración es la clave de la predicción de la violencia futura porque tiene un elemento probabilístico que podemos estimar por medio de la valoración del riesgo de que suceda.

---

<sup>97</sup> PUEYO, A., REDONDO, S. "Predicción de la violencia: entre la peligrosidad y la valoración del riesgo de violencia", *Papeles del psicólogo*, Vol. 28, 2007, págs. 157-173.

<sup>98</sup> KRUG, E. G., MERCY, J. A., DAHLBERG, L. L., ZWI, A. B. "The world report on violence and health", *Lancet*, 2002, Vol. 360, págs. 1083-1088.

<sup>99</sup> PUEYO, A., REDONDO, S. "Predicción de la violencia...", ob cit., págs. 157-173.

Según Andrés Pueyo<sup>100</sup> el ejercicio de esta estrategia tiene cinco propiedades: complejidad, heterogeneidad, multicausalidad, intencionalidad e infrecuencia, que de forma breve vamos a desarrollar a continuación.

a) Complejidad. En tanto que estrategia psicológica la violencia incluye componentes cognitivos, actitudinales, emocionales y motivacionales que actúan de forma interrelacionada y con una finalidad concreta. Siempre se encuentra asociada a los conflictos en los que interviene.

b) Heterogeneidad. La violencia no es una realidad homogénea, por lo que se pueden distinguir varios tipos en función de la forma en que se lleva a cabo (física, psicológica, sexual, económica), las características del agresor (violencia juvenil, femenina) y/o de la víctima (violencia de género, sobre la pareja, maltrato infantil). También se clasifica atendiendo al contexto de relaciones entre agresor y víctima, como por ejemplo la violencia escolar (bullying), laboral (moobing), doméstica, familiar, etc. e incluso se pueden considerar otras modalidades particulares como la violencia en el deporte, la violencia bélica, el terrorismo, etc. Para la OMS la violencia puede clasificarse según un doble criterio<sup>101</sup>: la relación entre agresor y víctima y la naturaleza de la acción violenta. Esta clasificación da lugar a más de 30 tipos de violencia específicos, que surgen de combinar la naturaleza de la violencia (física, sexual, psicológica o por privación/abandono) con el agente causante y su relación con la víctima (auto-dirigida, interpersonal y colectiva). Esta clasificación es de gran utilidad, ya que permite distinguir tipos de violencia diferentes entre sí, como por ejemplo en el caso del maltrato a los hijos donde distingue el maltrato físico, el sexual, el psicológico y la negligencia. Muchas veces estos tipos de violencia pueden aparecer de forma conjunta y combinada y tienen particularidades en función de su prevalencia, factores de riesgo, etc.

c) Multicausalidad. Los actos violentos, son en cierto modo sucesos inciertos en los que confluyen diferentes factores de riesgo. Sustituir las causas por los factores de riesgo, ha facilitado su predicción.

d) Intencionalidad. La conducta violenta es el resultado de una decisión deliberada de actuar y comportarse violentamente, si bien es cierto que, en determinadas ocasiones, como

---

<sup>100</sup> Ibidem, págs. 157-173.

<sup>101</sup> KRUG, E. G., MERCY, J. A., DAHLBERG, L. L., ZWI, A. B. "The world report...", ob cit., págs. 1083-1088.



hemos tratado en un capítulo anterior, esta decisión no es imputable penalmente o depende de factores, “irracionales” o poco conocidos. La decisión de actuar violentamente va a estar siempre influida por un conjunto variado de factores, entre los que distinguimos tres tipos: a) biológicos, tales como ciertas alteraciones neurológicas, trastornos endocrinos e intoxicaciones; b) psicológicos, como trastornos de personalidad, retraso mental, psicosis y otras alteraciones psicopatológicas, crisis emocionales, estados de ánimo, convicciones prejuiciosas, etc., y c) sociales, como es la exposición a modelos violentos, subculturas violentas, confrontaciones o situaciones de crisis social intensas. Por lo general, estos factores actúan conjuntamente e influyen diferencialmente en la toma de decisiones previa a la ejecución de la acción violenta.

e) Infrecuencia. La violencia, a pesar de la creciente sensación de ser muy común y habitual, es afortunadamente, un fenómeno raro e infrecuente.

Presenta formas muy diversas de expresarse aunque casi siempre, debido a la importancia de sus efectos, es la violencia física su modelo más representativo. Pero hay otros tipos como la psicológica, económica, negligencia, etc., que conforman este fenómeno y que siempre comparten dos características definitorias: la intención de dañar y la consecución de estos daños en la víctima.

Los delitos violentos se pueden dividir en aquellos en los que la violencia tiene una función instrumental y una utilidad clara para la finalidad que persigue el delincuente (como por ejemplo el secuestro, la violencia sobre la pareja o el terrorismo) y los delitos en que la violencia está asociada a una situación de intenso contenido emocional (como el homicidio cometido en el contexto de una pelea)<sup>102</sup>. Estas categorías no son mutuamente excluyentes, ya que por lo general, acontecen en una secuencia interactiva o de forma complementaria, a veces muy difícil de distinguir.

En la agresión instrumental las motivaciones y forma de operar de la conducta violenta están pensados y programados para conseguir una determinada finalidad y las claves explicativas hay que buscarlas en el plano racional de los actores que realizan las acciones delictivas. Controlar, prevenir y recuperar a los agresores que utilizan la agresión instrumental es muy difícil. Estos delincuentes, en su ejecución antisocial, suelen ser personas eficaces,

---

<sup>102</sup> RUTTER, M., GILLER, H., HAGELL, A. “Antisocial behavior by young people”, Cambridge University Press, New York, 1998, págs. 59 y ss.

competentes con unas creencias y valores profundamente antagónicos con los valores sociales predominantes en las sociedades humanas modernas. Entre estos delincuentes se incluyen personajes cercanos al “prototipo” de delincuente peligroso, representado por el psicópata, aunque a veces esta asociación es incorrecta. No obstante, no todos los delincuentes violentos encajan en ese tipo “peligroso”, ya que a veces, personas sin antecedentes o sin perfiles típicamente delictivos también pueden cometer un acto violento.

La agresión reactiva es la que generalmente asociamos a los ataques de ira, de venganza por celos pasionales o situaciones emotivas. Es una agresión no planificada, aunque sí intencional, y además, en la mayoría de los casos fácilmente identificable. En algunas ocasiones, estos actos violentos impulsivos (de ahí que se denominen gratuitos o inútiles) acompañan acciones planificadas de forma cuidadosa y detallada, pero más como subproducto que como centro de la acción delictiva.

La prevención de la delincuencia violenta se ocupa de identificar las formas de evitar que los delincuentes no vuelvan a reincidir. Son muchas las estrategias de prevención y todas ellas tienen como objetivo eliminar las causas de la violencia, reducir los factores de riesgo e incrementar los factores de protección de los agresores y, también, mejorar las condiciones ambientales que facilitan la violencia, así como dotar de recursos de protección (*empowerment*) a las víctimas potenciales. La clave de la tarea predictiva es delimitar con precisión el criterio a predecir. No se puede predecir la violencia en general, sino que hemos de delimitar nuestro criterio de predicción y tomar decisiones acerca del tipo de violencia, grupo o población a la que pertenece el agresor. A su vez, hemos de tener en cuenta que la tarea predictiva consiste en una estimación de la probabilidad de aparición futura de comportamientos violentos.

A lo largo del S. XX la base de la predicción de la violencia ha sido la peligrosidad. La identificación de este atributo individual se realiza por parte de los jueces, que son asesorados e informados por los peritos forenses quienes analizan, por medio de métodos clínicos el estado peligroso del sujeto principalmente desde un punto de vista psicopatológico<sup>103</sup>. Los avances en la epidemiología psiquiátrica, en la evaluación psicológica y en la criminología han demostrado la insuficiencia de esta estrategia y han propuesto nuevos métodos de

---

<sup>103</sup> VILLANUEVA, E., VALENZUELA, A. “La prognosis criminal”, en *Medicina legal y Toxicología*, Gisbert Calabuig, 6ª ed., Masson, Barcelona, 2004, págs. 1085-1093.

predicción basados en la valoración de los factores de riesgo que anticipan la conducta violenta<sup>104</sup>, como más adelante comentaremos. Estos nuevos métodos se han dirigido hacia la especialización en la valoración de tipos específicos de violencia y el resultado es la puesta a disposición de los profesionales de una serie de guías y protocolos de valoración del riesgo que tienen múltiples aplicaciones y que se han generalizado en numerosos países.

## II. EL COMPORTAMIENTO ANTISOCIAL

Se puede definir como un patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás que comienza en la infancia o durante el principio de la adolescencia y continúa en la edad adulta. Es un fenómeno muy amplio que incluye distintos tipos de acciones, entre las que destacan diferentes tipos de agresión, robos, engaños, conductas impulsivas, ultrajes y violencia entre sus diferentes manifestaciones<sup>105</sup>.

Estos comportamientos se pueden manifestar tanto en el ámbito clínico como normativo. En la literatura científica hay una continua confusión en referencia a los términos “agresión”, “agresividad” y “agresión impulsiva”<sup>106</sup>. Las consecuencias de todos estos comportamientos se traducen en una grave preocupación social, ya que constituyen el núcleo de la delincuencia violenta. Por ejemplo, cada año se producen más de 5,4 millones de crímenes violentos en Estados Unidos<sup>107</sup>. Según datos recientes procedentes del Balance de Criminalidad realizado por el Ministerio del Interior del Gobierno de España, en 2013 el número de delitos violentos cometidos en España fue de 105.524, un 9,7% inferior a 2012,

---

<sup>104</sup> DOUGLAS, K. S., WEBSTER, C. D., HART, S. D., EAVES, D., OGLOFF, J. R. P. “HCR-20: Violence risk management companion guide”, Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University, and Department of Mental Health Law & Policy, University of South Florida, Canada, 2001, págs. 1085-1093.

<sup>105</sup> GALLARDO-PUJOL, D., FORERO, C. G., MAYDEU-OLIVARES, A., ANDRÉS-PUEYO, A. “Desarrollo del comportamiento antisocial: factores psicobiológicos, ambientales e interacciones genotipo-ambiente”, *Revista Neurológica*, Vol. 48, 2009, págs.191-198.

<sup>106</sup> GARCÍA-FORERO, C., GALLARDO-PUJOL, D., MAYDEU-OLIVARES, A., ANDRÉS-PUEYO, A. “Disentangling impulsiveness, aggressiveness and impulsive aggression: an empirical approach from self-report measures”, *Psychiatry Res*, 2009, págs. 1262-1271.

<sup>107</sup> D. GALLARDO-PUJOL, D., FORERO, C.G., MAYDEU-OLIVARES, A., PUEYO, A. “Desarrollo del comportamiento antisocial: factores psicobiológicos, ambientales e interacciones genotipo-ambiente”, *Neurología de la conducta*, 2009, pag. 191.

que fue de 116.906<sup>108</sup>. La magnitud del problema ha llevado a la OMS a considerar la violencia y sus manifestaciones como uno de los problemas de salud pública más apremiantes del planeta<sup>109</sup>.

Numerosos autores señalan la importancia de la violencia como generadora de violencia. Uno de los aspectos más importantes del aprendizaje social está relacionado con la manera en que los niños tratan de imitar a los padres, hermanos o modelos ideales. Bandura<sup>110</sup> señala que la forma mejor y más efectiva para adquirir comportamientos agresivos es el aprendizaje directo, es decir, que el sujeto que realiza esa conducta sea reforzado por ello, que haya practicado la violencia “con éxito”, lo que hace que aumente la probabilidad de utilizar el comportamiento violento de forma preferente. También pone el acento en el aprendizaje indirecto del comportamiento agresivo. La razón está en que el aprendizaje directo sólo explica el afianzamiento de conductas violentas ya existentes en el repertorio de la persona, es decir, una vez que el niño o la niña han actuado ya con violencia. El aprendizaje vicario, en cambio, pretende explicar la adquisición de conductas nuevas. Según esta teoría es suficiente observar un espectáculo de violencia para que se lleve a cabo el proceso de aprendizaje.

Villagrà y otros autores<sup>111</sup> destacan la importancia del historial de abuso físico y sexual durante la infancia como predictores de patología tras estudiar 108 detenidos en una prisión española. Sus resultados muestran que el 46,8% de los varones y el 65,1% de las mujeres presentaban trastornos relacionadas con el consumo de sustancias. Aparte del hábito de consumo adictivo a sustancias tóxicas, el maltrato físico es predictor en varones y el abuso sexual en mujeres.

---

<sup>108</sup> Se trata de indicadores de criminalidad utilizados por la Oficina Estadística Europea (EUROSTAT).

<sup>109</sup> KRUG, E.G, DAHLBERG, L.L, MERCY, J.A, ZWI, A.B, LOZANO, R. “World report on violence and health”, *Geneva: World Health Organization*, 2002, págs. 435-447.

<sup>110</sup> BANDURA, A. “Agresión: A social learning analysis”, Englewood Cliffs, NJ. Prentice Hall, 1973, págs. 77 y ss.

<sup>111</sup> VILLAGRÀ, P., FERNÁNDEZ, P., GARCÍA-VEGA, E., GONZÁLEZ-MENÉNDEZ, A. “Dual Diagnosis in Prisoners: Childhood Sexual and Physical Abuse as Predictors in Men and Women”, *Int J Offender Ther Comp Criminol*, 2013, págs. 20-28.

La concurrencia de enfermedad mental e historial de violencia también son factores claros de conducta antisocial y reincidencia delictiva<sup>112</sup>. El conocimiento de los mecanismos que causan este tipo de comportamientos, y la detección precoz de los individuos con riesgo de presentarlos, permite investigar la etiopatogenia y, por tanto, poder ofrecer actuaciones de intervención preventiva y terapéutica durante el desarrollo<sup>113</sup>. En este aspecto, son numerosas las investigaciones que ponen de relieve la existencia de alteraciones cerebrales asociadas al comportamiento violento, tanto desde el punto de vista estructural como funcional o bioquímico. A nivel estructural, se ha puesto de relieve la existencia de alteraciones estructurales<sup>114</sup> a nivel de la corteza prefrontal ventromedial, la corteza cingulada anterior, la amígdala o la corteza prefrontal dorsal lateral. Raine y otros autores<sup>115</sup> observan una reducción en el volumen de materia blanca prefrontal en ausencia de lesiones en aquellos sujetos con una mayor predisposición al comportamiento antisocial. Otros estudios relacionan la función serotoninérgica con trastornos relacionados con el control de los impulsos<sup>116</sup>, se ha demostrado que niveles bajos de 5-HT se asocian a niveles más elevados de impulsividad y agresividad<sup>117</sup>. También se han visto implicados otros neurotransmisores, como la dopamina<sup>118,119</sup>. Por tanto, un correcto funcionamiento del sistema serotoninérgico es

<sup>112</sup> WALTERS, G. D, CRAWFORD, G. “Major mental illness and violence history as predictors of institutional misconduct and recidivism: Main and interaction effects”, *Law Hum Behav*, Vol. 3, 2014, págs. 238-247.

<sup>113</sup> RUTTER, M., GILLER, H., HAGELL, A. “Antisocial behavior by young people”, New York: Cambridge University Press; 1998, págs. 64-72.

<sup>114</sup> DAVIDSON, R. J., PUTNAM, K. M, LARSON, C. L. “Dysfunction in the neural circuitry of emotion regulation a possible prelude to violence”, *Science* 2000, Vol. 289, págs. 591-594/ANDERSON, S. W., BECHARA, A., DAMASIO, H., TRANEL, D., DAMASIO, A. R. “Impairment of social and moral behavior related to early damage in human prefrontal cortex”, *Nat Neurosci*, Vol. 2, 1999, págs. 1032-1037.

<sup>115</sup> RAINE, A., LENCZ, T., BIHRLE, S., LACASSE, L., COLLETTI, P. “Reduced prefrontal gray matter volume and reduced autonomic activity in antisocial personality disorder”, *Arch Gen Psychiatry*, Vol. 57, 2000, págs. 119-127.

<sup>116</sup> VIRKKUNEN, M., RAWLINGS, R., TOKOLA, R., POLAND, R. E., GUIDOTTI, A., NEMEROFF, C. “CSF biochemistries, glucose metabolism, and diurnal activity rhythms in alcoholic, violent offenders, fire setters, and healthy volunteers”, *Arch Gen Psychiatry*, Vol. 51, 1994, págs. 20-27/BEST, M., WILLIAMS, J. M., COCCARO, E. F. “Evidence for a dysfunctional prefrontal circuit in patients with an impulsive aggressive disorder”, *Proc Natl Acad Sci*, EE.UU, Vol. 99, 2002, págs. 8448-8453.

<sup>117</sup> NELSON, R. J., TRAINOR, B. C. “Neural mechanisms of aggression”, *Nat Rev Neurosci*, Vol.8, 2007, págs. 536-546.

<sup>118</sup> MICZEK, K. A., FISH, E. W., DE BOLD, J. F., DE ALMEIDA, R. M. M. “Social and neural determinants of aggressive behavior: pharmacotherapeutic targets at serotonin, dopamine and gamma-aminobutyric acid systems”, *Psychopharmacology*, Vol. 163, 2002, págs. 434-4589.

imprescindible para un adecuado control de los impulsos<sup>120</sup>. El ácido  $\gamma$ -aminobutírico (GABA), la noradrenalina, el óxido nítrico o la monoaminoxidasa (MAO), entre otros, también se han relacionado, de una forma u otra, con aspectos del comportamiento antisocial. Las hormonas esteroideas también se han involucrado en comportamientos relacionados con la conducta antisocial, como la agresión<sup>121</sup>.

A nivel genético, los esfuerzos realizados hasta ahora para encontrar genes concretos relacionados con la etiología del comportamiento no han cubierto las expectativas generadas. El hallazgo más sugerente es de Brunner y otros autores<sup>122</sup>, quienes encontraron que una mutación puntual en el gen de la monoaminoxidasa A, parecía ser el responsable del comportamiento manifiestamente antisocial de los varones de una familia holandesa. Otros genes también se han asociado al comportamiento impulsivo como el transportador de 5-HT (5-HTT)<sup>123</sup>.

En relación a los efectos de la adversidad ambiental sobre el desarrollo del comportamiento antisocial hay que destacar los trabajos de Widom que llevó a cabo un seguimiento longitudinal de un grupo de adolescentes que habían sido víctimas de maltrato<sup>124</sup>. El hecho de haber sufrido maltrato infantil incrementaba en un 30% las posibilidades de que los niños o niñas víctimas se convirtieran en maltratadores al llegar a adultos. Pero este

---

<sup>119</sup> HOLMES, C., SMITH, H., GANDERTON, R., ARRANZ, M., COLLIER, D., POWELL, J. "Psychosis and aggression in Alzheimer's disease: the effect of dopamine receptor gene variation", *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, Vol. 71, 2001, págs. 777-779.

<sup>120</sup> COCCARO, E. F. "Central serotonin and impulsive aggression", *British Journal Psychiatry*, Vol. 155, 1989, págs. 52-62/MEYER-LINDENBERG, A., BUCKHOLTZ, J. W., KOLACHANA, B., HARIRI, A. R., PEZAWAS, L., BLASI, G. "Neural mechanisms of genetic risk for impulsivity and violence in humans", *Proc Natl Acad Sci*, EE.UU, Vol. 103, 2006, págs. 6269-6274.

<sup>121</sup> NELSON, R. J., TRAINOR, B. C. "Neural mechanisms of aggression", *Nat Rev Neurosci*, Vol. 8, 2007, págs. 536-546.

<sup>122</sup> BRUNNER, H. G., NELEN, M., BREAKEYFIELD, X. O., ROPERS, H. H., VAN OOST, B. A. "Abnormal behavior associated with a point mutation in the structural gene for monoamine oxidase A", *Science*, Vol. 262, 1993, págs. 578-580.

<sup>123</sup> IVORRA-MARTÍNEZ, J., GILABERT-JUAN, J., MOLTÓ-RUIZ, M. D., SANJUÁN, J. "Genética del temperamento en niños", *Rev Neurol*, Vol. 45, 2007, págs. 418-423/CANLI, T., QIU, M., OMURA, K., CONGDON, E., HAAS, B.W., AMIN, Z. "Neural correlates of epigenesis", *Proc Natl Acad Sci*, EE.UU, Vol. 103, 2006, págs. 16033-16038.

<sup>124</sup> WIDOM, C. S. "The cycle of violence", *Science*, Vol. 244, 1989a, págs. 160-166/WIDOM, C. S. "Does violence beget violence? A critical examination of the literatura", *Psychol Bull*, Vol. 106, 1989b, págs. 3-28.

ambiente adverso, por sí mismo, era incapaz de explicar por qué unos niños se convertían en adultos violentos, y otros, no.

Cadoret y otros autores<sup>125</sup> encontraron que la interacción entre factores genéticos y ambientales, así como los ambientales en sí, eran responsables de la variabilidad en la agresividad y del trastorno de conducta en los adoptados. Años más tarde, otros autores demostraron una relación directa entre el efecto del entorno en combinación con un gen particular, el de la monoamino oxidasa y el comportamiento violento<sup>126</sup>. Parece que esta relación vendría dada por una disregulación emocional, básicamente una hiperreactividad funcional, sobre todo en el sistema límbico, y por una falta de control inhibitorio sobre ésta en la corteza prefrontal. Para explicar el comportamiento agresivo, estos hallazgos responden parcialmente a la pregunta de cómo funciona el cerebro del agresor o de alguien que se comporta de forma antisocial. Pero aún hoy se desconocen los mecanismos que, en interacción con la monoamino oxidasa, pueden convertir a alguien en antisocial. Sin duda, el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal y la respuesta frente al estrés desempeñan un papel muy importante. También es bien conocido que factores ambientales pueden modular la respuesta al estrés, la regulación epigenética debida a varios factores ambientales o el volumen del hipocampo, que está implicado en el comportamiento agresivo<sup>127</sup>. Numerosos investigadores han replicado una y otra vez las asociaciones entre estructuras, funcionamiento cerebral, algunos genes y el comportamiento antisocial. El conocimiento sobre estos aspectos aunque todavía es parcial, tiene un punto de partida sólido y la comprensión de cómo interactúan los diferentes niveles será objeto de futuras investigaciones, que pretendemos abordar desde nuestro grupo de investigación.

---

<sup>125</sup> CADORET, R. J., YATES, W. R., TROUGHTON, E., WOODWORTH, G., STEWART, M. A. "Genetic environmental interaction in the genesis of aggressivity and conduct disorders", *Arch Gen Psychiatry*, Vol. 25, 1995, págs. 916-924.

<sup>126</sup> CASPI, A., MCCLAY, J., MOFFITT, T. E., MILL, J., MARTIN, J., CRAIG, I. W. "Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children", *Science*, Vol. 297, 2002, págs. 851-854.

<sup>127</sup> BUSS, C., LORD, C., WADIWALLA, M., HELLHAMMER, D. H., LUPIEN, S. J., MEANEY, M. J. "Maternal care modulates the relationship between prenatal risk and hippocampal volume in women but not in men", *Journal Neuroscience*, Vol. 27, 2007, págs. 2592-2595/MEANEY, M. J., SZYF, M., SECKL, J. R. "Epigenetic mechanisms of perinatal programming of hypothalamic-pituitary-adrenal function and health", *Trends Mol Med*, Vol. 13, 2007, págs. 269-277/GALLARDO-PUJOL, D., FORERO, C. G., MAYDEU-OLIVARES, A., ANDRÉS-PUEYO, A. "Desarrollo del comportamiento antisocial: factores psicobiológicos, ambientales e interacciones genotipo-ambiente", *Rev Neurol*, Vol. 48, 2009, págs. 191-198.

### III. LOS DELINCUENTES VIOLENTOS

Con frecuencia, se identifica el comportamiento violento con el delito u otra forma de comportamiento antinormativo y antisocial a delincuencia violenta, en la medida en que se caracteriza principalmente por sus lesivas consecuencias en las personas, es objeto de una especial preocupación y es motivo de una especial sensibilidad en el ciudadano. Los delitos violentos provocan un profundo impacto en la memoria social y tienen efectos en la forma de pensar acerca de la delincuencia en cada momento histórico, por lo que su prevención, algo factible por medio de la valoración del riesgo de reincidencia violenta, tiene una destacada importancia.

La delincuencia violenta es un tipo de delincuencia que representa un problema social de primer orden. No es el tipo más habitual, pero tiene una influencia determinante en la política criminal<sup>128</sup>. Cada cierto tiempo, noticias que aparecen en los medios de comunicación sobre graves delitos cometidos por individuos con permiso carcelario o ex-carcelados o por enfermos mentales dados de alta de hospitales psiquiátricos o en tratamiento ambulatorio, sacuden el debate social y reavivan la preocupación ciudadana. La reciente puesta en libertad de sujetos que cometieron graves delitos violentos, como consecuencia de la denominada Doctrina Parot<sup>129</sup>, ha intensificado la polémica sobre la reinserción social y el control penal de sujetos, que aun habiendo cumplido sus penas, siguen siendo considerados como peligrosos. Estos hechos unidos a una acrecentada actitud de intolerancia colectiva hacia el riesgo de reincidencia violenta, se traducen en una exigencia de rigor y transparencia en las decisiones sobre permisos carcelarios o excarcelaciones de estos individuos.

Dentro del grupo de los delincuentes violentos se encuentran aquellos que concitan el interés de los medios de comunicación, de la literatura “negra” y de las salas de cine. Nos referimos a los “asesinos en serie”, los “predadores sexuales”, los “asesinos de masas” y otros delincuentes excepcionales. Sin embargo, estos individuos, siendo desgraciadamente reales y que se convierten en casos de gestión penitenciaria compleja, no representan el modelo del delincuente violento, sino casos extremos de personas en las que la mezcla de patologías mentales, sociales y colectivas junto con circunstancias socio-familiares muy infrecuentes,

---

<sup>128</sup> DÍEZ-RIPOLLÉS, J. L. “Algunos rasgos de la delincuencia en España a comienzos del siglo XXI”, *Revista Española de Investigación Criminológica*, Vol. 1, 2006, págs. 1-19.

<sup>129</sup> Sentencia de STS 28-2-2006/EDJ 2006/11467.



pero concomitantes, dan lugar a estos delincuentes violentos tan impactantes socialmente y que tanto eco mediático reciben. A su vez, la realidad demuestra que los delitos violentos son infrecuentes, sin embargo sirven de paradigma de la delincuencia. Esta realidad provoca muchas confusiones y mitos, como por ejemplo el de la elevada reincidencia de los agresores sexuales, que, como grupo, tienen tasas de reincidencia medias o bajas.

#### IV. LA PELIGROSIDAD CRIMINAL

Peligrosidad significa “cualidad de peligroso”<sup>130</sup> y, de forma más restringida, peligrosidad criminal es la tendencia de una persona a cometer un delito (probabilidad de comisión de actos delictivos futuros), evidenciada generalmente por su conducta antisocial<sup>131</sup>. El estado peligroso se puede definir como una situación en la que por los factores de disposición y de ambiente, en su mutua compenetración, el individuo se constituye potencialmente como un ser con probabilidades de delinquir, o, al menos, de turbar el orden social, establecido por el derecho<sup>132</sup>. Se trata de un juicio de probabilidad, una valoración del riesgo, que, aunque constituye un concepto esencialmente criminológico, es tema de especial relevancia para el experto que emite informes sobre pronóstico de comportamiento futuro, generalmente, los psicólogos o psiquiatras forenses<sup>133</sup>. La controversia actual es importante; las razones son el estigma que suele acarrear en los sujetos considerados como tales, la baja

---

<sup>130</sup> Diccionario de la lengua española.

<sup>131</sup> GRACIA MARTÍN., L. “Sobre la legitimidad de medidas de seguridad contra delincuentes imputables peligrosos en el Estado de Derecho”, en GARCÍA VALDÉS et al. (eds.), *Estudios Penales en Homenaje a Enrique Gimbernat, T. I*, Edisofer, Madrid, 2008, págs. 975-1003.

<sup>132</sup> SERRANO GÓMEZ, A., “Ley de peligrosidad y rehabilitación social”, *Instituto Nacional de Estudios Jurídicos*, pág. 27, 1974.

<sup>133</sup> Actualmente, en España la valoración de la peligrosidad por parte del perito resulta trascendental en la aplicación de medidas de seguridad en sujetos que ya han delinquido (arts. 95-108 del CP); en la suspensión de la ejecución de la pena (arts. 80-87), o su sustitución (arts. 88 y 89 del); establecimiento de la libertad condicional (arts. 90-93), concesión de permisos penitenciarios ordinarios (art. 273 del Reglamento Penitenciario), e individualización de la pena (art. 66 del CP).

capacidad de predicción clínica en lo relativo a su evaluación y predicción<sup>134</sup>, y también la incomodidad que produce el denominado “control social” de estos individuos<sup>135</sup>.

La peligrosidad, además de un concepto jurídico, también es un concepto de uso cotidiano y de fácil comprensión que se refiere a la propensión del individuo a cometer actos violentos y peligrosos<sup>136</sup>. El concepto de peligrosidad resume, con una claridad aparente, la idea del factor predictor por excelencia de la violencia futura. Ha sido y es utilizado para este fin en las legislaciones penales de la mayoría de países occidentales. No obstante también ha sido objeto de polémica tanto en el campo del derecho penal, como en el ámbito de la criminología y de la psiquiatría porque mientras que para algunos es “útil y fecundo”, para otros no es más que una “fuente de problemas”<sup>137</sup>.

De una forma clásica y amplia, también podemos definir la peligrosidad como la probabilidad (que no mera posibilidad dada la gravedad de la intervención penal que con base en que la misma cabe llevar a cabo) de comisión de hechos delictivos en el futuro<sup>138</sup>. La dificultad de definir de manera satisfactoria una categoría como la de “ser peligroso”, y la evidencia de la gran cantidad de factores que pueden intervenir en la generación de la conducta violenta, ha derivado hacia un modelo multicausal de “factores de riesgo”<sup>139</sup>.

La peligrosidad se introduce en la Criminología en el S. XIX, y se consideraba ligada a un estado mental patológico de origen constitucional (el “criminal nato” de Lombroso).

---

<sup>134</sup> MONAHAN, J. *The clinical prediction of violent behaviour*, National Institute of Mental Health, Rockville, 1981, pág. 114.

<sup>135</sup> APPLEBAUM, P. S. “The new preventive detention: Psychiatry’s problematic responsibility for the control of violence”, *American Journal of Psychiatry*, Vol. 145, 1988, págs. 779-785.

<sup>136</sup> MONAHAN, J., STEADMAN, H. J., APPELBAUM, P. S., ROBBINS, P. C., MULVEY, E. P., SILVER, E., ROTH, L. H., GRISSO, T. “Developing a clinically useful actuarial tool for assessing violence risk”, *British Journal of Psychiatry*, Vol. 176, 2000, págs. 312-319/MULVEY, E. P., LIDZ, C. “Conditional prediction: a model for research on dangerousness to others in a new era”, *Int J Law Psychiatry*, Vol. 18, 1995, págs. 129-143.

<sup>137</sup> CARRASCO GÓMEZ, J. J., MAZA MARTÍN, J. M. “Medidas de seguridad”, *Manual de Psiquiatría Legal y Forense*, 2ª ed., La ley-Actualidad, Madrid, 2003, págs. 389-500.

<sup>138</sup> ROMEO CASABONA, C. M., *Peligrosidad y Derecho Penal Preventivo*, Bosch Editor, Barcelona, 1986, pág. 24.

<sup>139</sup> CAÑAS DE PAZ, F., FRANCO LOVACO, B. “Análisis y valoración clínica de la peligrosidad del enfermo mental” en DELGADO BUENO, S. *Tratado de Medicina Legal y Ciencias Forenses*, Tomo V, Bosch, Barcelona, 2013, págs. 289-306.

Deriva del concepto de “*temibilidad*” propuesto por Raffaele Garofalo, según el cual la peligrosidad se sustenta en las características y atributos personales del sujeto que justifican el riesgo de futuros comportamientos violentos<sup>140</sup>. En su significado original la peligrosidad hacía referencia a “la perversidad constante y activa del delincuente y la cantidad de mal previsto que hay que temer por parte del mismo”<sup>141</sup>. En el S. XX, debido a las influencias propias del desarrollo de la práctica jurídica, la peligrosidad pierde parte de su sentido clínico inicial y adquiere un significado más neutro. Para Jiménez de Asúa<sup>142</sup> consiste en la “probabilidad manifiesta de que un sujeto se convierta en autor de delitos o nuevas infracciones”. Hoy se considera la peligrosidad como una categoría legal por la que conocemos el riesgo de una persona, con historial delictivo o no, de cometer nuevos delitos. Esta consideración, tal y como la contempla la ley, no atiende necesariamente a una etiología psicopatológica o psiquiátrica para esta cualidad del delincuente, sino que la relaciona principalmente en el historial biográfico y las probabilidades de reincidencia.

A lo largo de todo el S. XX la base de la predicción de la violencia ha sido la peligrosidad<sup>143</sup>. En la actualidad, la estrategia más utilizada para predecir el comportamiento violento, anclada en la tradición clínica, consiste en evaluar o diagnosticar la peligrosidad de un individuo<sup>144</sup>. La identificación judicial de este atributo individual se realiza por parte de los jueces, que son asesorados e informados por los peritos forenses, quienes analizan el estado peligroso del sujeto principalmente en clave psicopatológica y por medio de métodos

---

<sup>140</sup> GARRIDO GENOVÉS, V., STANGELAND, P., REDONDO, S. *Principios de Criminología*, 3ª ed., Tirant lo Blanch, Valencia, 2006, pág. 68.

<sup>141</sup> Esta concepción inicial, marcadamente clínica, consideraba la perversidad asociada al estado mental patológico de origen constitucional. La asociación entre perversidad y peligrosidad se ha mantenido vigente en la tradición psiquiátrica y psicoanalítica y un ejemplo muy claro lo tenemos en la violencia sexual. En esta primera concepción la peligrosidad estaba íntimamente ligada a la enfermedad mental grave y así pervive en muchos profesionales.

<sup>142</sup> JIMÉNEZ DE ASÚA, L., *El estado peligroso. Nueva fórmula para el tratamiento penal y preventivo*, Imprenta de Juan Pueyo, Madrid, 1922, pág. 85.

<sup>143</sup> ANDRÉS PUEYO, A. Y REDONDO, S. “Predicción de la violencia:....ob cit., 2007”

<sup>144</sup> GISBERT-CALABUIG, J. A., SÁNCHEZ BLANQUE, A. “La prueba pericial psiquiátrica” *Medicina Legal y Toxicología*, 5ª ed., Masson, Barcelona, 1998, págs. 936-951/MADEN, A. *Treating violence: a guide to risk management in mental health*. Oxford, Oxford Univ. Press, 2007/VILLANUEVA, E., VALENZUELA, A. “La prognosis criminal”, en *Medicina legal y Toxicología*, Gisbert Calabuig, 6ª ed., Masson, Barcelona, 2004, págs. 1085-1093.

clínicos<sup>145</sup>. El diagnóstico de la peligrosidad (probabilidad o riesgo) no es fácil, debido a la imposibilidad de predecir válidamente una conducta humana y a lo relativamente subjetivo del propio concepto.

En el análisis psicológico de la peligrosidad es tradicional acudir a dos instancias: la personalidad, en sentido amplio (factores constitucionales, rasgos o disposiciones, deficiencias), y las situaciones peligrosas (la ocasión de cometer un crimen está presente y existe un factor dinámico, la pulsión hacia el delito). A pesar de todos los estudios clásicos que se han venido realizando desde el siglo pasado, no se ha encontrado un tipo estructurado de personalidad criminal, aunque sí podemos obtener una serie de rasgos de personalidad que son más frecuentes entre colectivos de delincuentes probadamente peligrosos. No obstante, esta aproximación define a un colectivo y no a un individuo peligroso.

Desde un punto de vista jurídico, tres han sido los elementos valorativos para la determinación de la peligrosidad criminal: nocividad, motivación por la norma o intimidabilidad y subcultura. La nocividad (lesividad, temibilidad), se refiere a lo dañino y apasionado que pudo haber sido la conducta del sujeto. La motivabilidad por la norma se refiere a la progresiva adquisición de refuerzos maduros (control social, orden social), sobre los más simples del premio o el castigo. En el mismo sentido la intimidabilidad se refiere al acondicionamiento operante (directo o vicarial), por los posibles castigos. Una alta nocividad, unida a bajos niveles de intimidabilidad y motivabilidad por la norma, se da en la persona inadaptada socialmente, pero especialmente en el psicópata. Respecto a la subcultura, el marginado, o si se prefiere el diferente, tiene un orden racional distinto al de la colectividad y, por ello, no cabe esperar de él un comportamiento adecuado a la norma, que sirva los intereses hegemónicos del Estado<sup>146</sup>.

Un aspecto asociado al de peligrosidad es su importante determinismo. La peligrosidad se interpreta como una tendencia impredecible o un grave riesgo de realizar acciones que causen destrucción, o graves daños a las personas e incluso a sí mismo. Esta connotación es objeto de numerosas críticas, ya que estigmatiza negativamente al interno calificado como “peligroso”, tal y como anteriormente se ha comentado. En este sentido, la

---

<sup>145</sup> GISBERT-CALABUIG, J. A., SÁNCHEZ BLANQUE, A. “La prueba pericial...” ob cit., págs. 936-951.

<sup>146</sup> ESBEC, E., DELGADO BUENO, S. “Imputabilidad, concepto y perspectivas. La imputabilidad de los trastornos mentales”, *Psiquiatría legal y Forense*, Vol. 1, Colex, Madrid, 1994, pág. 59.

consideración de peligrosidad, que se define en el Reglamento Penitenciario de 1996 va más allá de lo que se propone en los tratados jurídico-forenses, e incluye seis criterios:

a) Presencia de personalidad psicopática (gravedad, cronicidad de la personalidad agresiva, violenta y antisocial); b) delitos graves y violentos reiterados en los antecedentes; c) pertenencia actual grupo delictivo/banda armada; d) participación activa en motines, agresiones físicas durante la estancia en prisión; e) comisión de infracciones graves en el interior de los centros penitenciarios; f) introducción y/o tenencia de armas, drogas,...

La atribución de la peligrosidad a los responsables de los delitos violentos se ha considerado, durante muchos años como factor explicativo, y sobre todo predictivo, de la reincidencia y la gravedad de las actuaciones de estos delincuentes, como por ejemplo los agresores sexuales, los homicidas y los maltratadores familiares<sup>147</sup>. Sin embargo, cada vez más se cuestiona su utilidad predictiva y es motivo de un intenso debate entre penalistas en referencia a las medidas legales que se proponen para el control de delincuentes o exdelincuentes que reciben este “diagnóstico”<sup>148</sup>. La gravedad, la alta tasa de reiteración y el relativo fracaso de las medidas punitivas en cuanto a la finalidad resocializadora ha sido uno de los motivos por los que numerosos códigos penales europeos y americanos han endurecido y alargado las penas de prisión y las medidas de seguridad a los delincuentes habitualmente peligrosos (agresores sexuales seriales, terroristas, miembros de bandas de delincuentes...).

La doctrina criminológica ha sido unánime en reconocer que el pronóstico de la peligrosidad ha sido con cierta frecuencia sumamente arbitrario, puesto que no se ha estructurado en datos objetivos de orden científico, y menos aún en un análisis probabilístico. Después de la derogación de la Ley de Peligrosidad y Rehabilitación social, y en virtud de los principios garantistas de intervención mínima y proporcionalidad consagrados en la CE, ya no existen en España medidas de seguridad predelictivas, cuya aplicación era extremadamente conflictiva. No obstante, uno de los objetivos prioritarios de la psicología y psiquiatría forenses sigue siendo la determinación del riesgo, especialmente a la hora de adoptar medidas de seguridad y la adopción de medidas en el ámbito de la psicología penitenciaria.

---

<sup>147</sup> ANDRÉS PUEYO, A., LÓPEZ, S., ALVAREZ, E. “Valoración del riesgo de violencia contra la pareja por miedo de la SARA”, *Papeles del Psicólogo*, Vol. 29, 2008, págs.107-122.

<sup>148</sup> QUINSEY, V. L., HARRIS, G. T., RICE, M. E., CORMIER, C. A. *Violent offenders. Appraising and managing risk*, American Psychologic Association, Washington, 1998.

El concepto peligrosidad se recoge en las legislaciones penales de numerosos países y se está sustituyendo por la valoración del riesgo de violencia. Se sigue hablando de peligrosidad, pero ya no se diagnostica este estado en un delincuente, sino que se evalúa el riesgo futuro de volver a reincidir en delitos o comportamientos violentos. En países como el Reino Unido, Suiza, Alemania, Holanda o Canadá se han dictado leyes penales que utilizan estas técnicas de valoración del riesgo de violencia para estimar la peligrosidad en sus procedimientos penales y similares, mediante la evaluación sistemática y continuada.

La peligrosidad como categoría legal, está reconocida por la legislación española en el CP actual y sus antecedentes se remontan a la década de los años 30 del siglo pasado<sup>149</sup>. El concepto de peligrosidad, se sustituyó por el de “estado peligroso” que atiende a la variabilidad de este atributo asociado a la estabilidad mental del delincuente y los cambios que se producen. La determinación de la presencia o no de este “estado peligroso” corresponde al Juez. Hasta su reconocimiento como término jurídico, durante mucho tiempo, se distinguieron dos tipos de peligrosidad, la “peligrosidad criminal” y la “peligrosidad social”. La primera se refería al sujeto con historial delictivo anterior a la declaración de peligrosidad y la segunda se asignaba de forma exclusiva a los que no tenían historial delictivo previo. Estos dos tipos de peligrosidad también reciben el nombre de peligrosidad postdelictual o predelictual, respectivamente.

Aparte de su consideración jurídica, la peligrosidad se extendió al marco sanitario en el ámbito de la salud mental, como criterio para la hospitalización de los enfermos mentales<sup>150</sup>. En este sentido, la valoración de la peligrosidad siempre ha sido un tema complejo entre los profesionales de la psiquiatría o la psicología que trabajan en contextos criminológicos. Una de las limitaciones más importantes, como factor predictor de violencia, es su poca especificidad. Cada tipo de violencia tiene sus factores de riesgo específicos y esta consideración no es tenida en cuenta, en general, al utilizar la peligrosidad para la predicción

---

<sup>149</sup> Momento en el que se promulgó (bajo la II República) la llamada Ley de Vagos y Maleantes. Después, durante el franquismo se aprobó la Ley de Peligrosidad y Rehabilitación Social de 1970, que siguió vigente hasta 1995, año en el que el Nuevo CP, después reformado en 2003, consolidó la peligrosidad como término jurídico. A lo largo de este tiempo al concepto “peligrosidad” se le fue retirando el contenido de control ideológico y moral y fue ganando terreno como término jurídico en la predicción de violencia y reincidencia delictiva.

<sup>150</sup> STEADMAN, H. J. “From Dangerousness to Risk Assessment of Community Violence: Talking stock all the turn of the Century”, *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, Vol. 28, 2000, págs. 265-271.

de la violencia. Varios autores consideran que la argumentación de la peligrosidad, de marcado contenido clínico, se ha de complementar con el análisis de los factores de riesgo y las relaciones entre predictores y criterios (comportamiento violento) demostradas empíricamente. Sin duda, el procedimiento de predicción del riesgo de violencia, basado en la estrategia actuarial o estadística es superior, especialmente en el ámbito profesional, al de la “peligrosidad” que proviene de la estrategia clínica de la predicción de la violencia<sup>151</sup>.

Las limitaciones sobre la peligrosidad y su relación con la conducta violenta, especialmente con la reincidencia, son muy extensas. La más destacada es su baja sensibilidad predictiva, es decir, muchos sujetos peligrosos una vez identificados como tales, no vuelven a reincidir. También es baja su especificidad, ya que hay sujetos que únicamente son peligrosos para determinados tipos de víctimas y no para otras. Otra importante limitación es la imprecisión del diagnóstico forense de peligrosidad. Muchas veces creemos, de forma errónea, que los perfiles de personalidad, los síntomas psicopatológicos, la biografía de inadaptación social y los antecedentes delictivos identifican a los delincuentes peligrosos. Además, el diagnóstico de peligrosidad es poco transparente ya que incorpora una gran subjetividad en su apreciación y suele formularse de forma categorial, lo que no permite distinguir entre grados de peligrosidad ni condiciones de niveles de riesgo futuros continuos y revisables<sup>152</sup>. Por último, se critica a la peligrosidad, en relación con la predicción de la violencia futura, en que propone un modelo causal determinista y no probabilística, al no poder ser atribuidas las causas de la violencia de forma exclusiva al individuo.

Por las razones expuestas, la peligrosidad es un concepto inadecuado para la predicción de la violencia futura y por ello, para mejorar la predicción hemos de utilizar otro referente más preciso, objetivo y fiable. En este sentido, la valoración del riesgo de violencia, como método alternativo al diagnóstico de peligrosidad para la predicción de la violencia,

---

<sup>151</sup> MONAHAN, J., STEADMAN, H. J., APPELBAUM, P. S., ROBBINS, P. C., MULVEY, E. P., SILVER, E., ROTH, L. H., GRISSO, T. "Developing a clinically useful actuarial tool for assessing violence risk", *British Journal of Psychiatry*, Vol. 176, 2000, págs. 312-319/WEBSTER, C. D., HUCKER, S. J. *Violence Risk. Assessment and management*. Chichester (U.K.): John Wiley y sons, 2007/QUINSEY, V. L., HARRIS, G. T., RICE, M. E, Y CORMIER, C. A. *Violent offenders. Appraising and managing risk*, American Psychologic Association, Washington, 1998, HART, S. "Assessing and managing violence risk", en DOUGLAS, K. *HCR-20: violence risk management companion guide*, SFU, Vancouver, 2001, págs. 13-26.

<sup>152</sup> ANDRES PUEYO, A. "Evaluación del riesgo... ob cit., 2007".

tiene en cuenta los conocimientos actuales sobre la psicología de la violencia y el papel que tienen los profesionales en la toma de decisiones acerca del comportamiento futuro. Así pues, el discurso sobre la peligrosidad, entendida como el riesgo de presentar conductas que causen un daño a los demás, se incorpora al terreno de la asistencia psiquiátrica por extensión de las prácticas jurídico-penales y nos introduce de lleno en los problemas ligados al abordaje de la violencia humana, en general, y a la ejercida por un sujeto con un trastorno mental, en particular<sup>153</sup>.

No obstante, son varios los problemas que nos encontramos. El primero de ellos, es la ausencia de una teoría general sobre la razón de la violencia en el ser humano y de la que podemos extraer las semejanzas y diferencias, así como los posibles factores de riesgo específicos en el caso de las personas con trastornos mentales<sup>154</sup>. En segundo lugar, el uso de la expresión “conductas violentas” puede ser exageradamente vago e incluye una gran variabilidad de hechos y conductas, por lo que distintos estudios publicados sobre este problema pueden dar resultados incongruentes o incluso contradictorios<sup>155</sup>. Otra dificultad es conducirnos a la búsqueda de una causa, que pudiera servir para una predicción e intervención eficaz<sup>156</sup>. Y la última, y de gran importancia, es la crítica a un planteamiento “estático” según el cual se “es” peligroso, cuando lo que parece cada vez más claro es que la mayoría de las conductas violentas son el resultado de la interacción de factores que pueden variar de manera muy amplia según los sujetos y los distintos contextos en que se encuentren<sup>157</sup>.

---

<sup>153</sup> APPLEBAUM, P. S. *Almost a revolution: Mental Health law and the limits of change*, Oxford University Press, Oxford, 1994/MONAHAN, J., STEADMAN, H. J., SISVER, E., APPELBAUM, P. S., ROBBINS, P. C., MULVEY, E. P., ROTH, L. H., GRISSO, T., BANKS, S. *Rethinking risk assessment: The Macarthur study of mental disorder and violence*, Oxford University Press, Oxford, 2001/PRINS, H. *Will they do it again: Risk assessment and management in criminal justice and psychiatry*, Routledge, Londres, 1999, págs. 111-112.

<sup>154</sup> REISS, A., ROTH, J. *Understanding and preventing violence*, National Academic Press, Washington, 1993, pág. 39.

<sup>155</sup> CAÑAS DE PAZ, F., FRANCO LOVACO, B. “Análisis y valoración clínica de la peligrosidad del enfermo mental”, en DELGADO BUENO, S. *Tratado de Medicina Legal y Ciencias Forenses*, Tomo V, Bosch, Barcelona, 2013, págs. 289-306.

<sup>156</sup> MONAHAN, J., STEADMAN, H. J., SISVER, E., APPELBAUM, P. S., ROBBINS, P. C., MULVEY, E. P., ROTH, L. H., GRISSO, T., BANKS, S. *Rethinking risk assessment: The Macarthur study of mental disorder and violence*, Oxford University Press, Oxford, 2001, págs. 141-143.

<sup>157</sup> WEBSTER, C. D., HUCKER, S. J. *Violence Risk. Assessment and management*, John Wiley y sons, Chichester, 2007, págs. 9-13.



Por coherencia con el modelo de sujeto, acción humana y responsabilidad, mayoritariamente aceptado en la práctica, debemos asumir que la conducta de aquellos que padecen trastornos mentales graves puede terminar produciendo daño y que la prevención debe considerarse un objetivo asistencial no solo legítimo sino incluso prioritario<sup>158</sup>. Sin embargo, no podemos olvidar que conseguir dicho objetivo conlleva problemas diversos: unos derivados de las dificultades en la predicción, otros debidos a la existencia o no de medidas efectivas para modificar los factores causales implicados, a los que hay que añadir, los ligados a la existencia de conflictos entre la defensa de los derechos de autonomía, intimidad y a la propia imagen de las personas, con la necesidad de proteger a la población general<sup>159</sup>.

## V. LA VALORACIÓN DEL RIESGO

Vivimos en la “sociedad del riesgo” y la preocupación por el peligro de que se produzcan determinados fenómenos y sucesos se ha convertido en una preocupación social de la que se hacen continuamente eco los medios de comunicación<sup>160</sup>. Numerosas disciplinas se interesan por el riesgo, que está en la base de la predicción y de la prevención de sucesos y que se puede definir como: “un peligro que puede acontecer con una cierta probabilidad en el futuro, que no comprendemos totalmente sus causas o éstas no se pueden controlar de forma absoluta”<sup>161</sup>.

Hablamos de “riesgo de violencia” como concepto alternativo al de peligrosidad y tiene una utilidad similar para la Criminología. Con anterioridad nos hemos referido a la peligrosidad como una variable disposicional, determinista, dicotómica, inmodificable e inespecífica, que lleva a decisiones “todo/nada” en el pronóstico, sin embargo, el riesgo de

---

<sup>158</sup> MULVEY, E. P., LIDZ, C. “Conditional prediction: a model for research on dangerousness to others in a new era”, *Int J Law Psychiatry*, Vol.18, 1995, págs. 129-143.

<sup>159</sup> ROBINSON, D. N. “The general duty to all the world”, en J. RADDEN, J. *The Philosophy of Psychiatry*, Oxford University Press, Oxford, 2004, págs. 271-281.

<sup>160</sup> GIDDENS, A. “Risk society: The context of British politics”, en FRANKLIN, J. *The politics of risk society*, Polity Press, Cambridge, 1998, págs. 23-34/BECK, U. *La sociedad del riesgo. Hacia una nueva modernidad*, Paidós Ibérica, Barcelona, 2006, págs. 131-133.

<sup>161</sup> HART, S. “Assessing and managing violence risk”, en DOUGLAS, K. *HCR-20: violence risk management companion guide*, SFU, Vancouver, 2001, págs. 13-26.

violencia es un constructo contextual, probabilístico, continuo, gestionable y específico<sup>162</sup>. Permite tomar decisiones graduadas y reiteradas del pronóstico futuro de violencia, lo que nos permite ajustar el control y la minimización del riesgo, según el individuo y el contexto, con lo que se generan muchas posibilidades de intervención proporcionadas al pronóstico más probable y a los factores que están presentes. La investigación criminológica proporciona una detallada información sobre los factores de riesgo y su dinámica; de esta información se nutre la valoración de riesgo de violencia en su faceta predictiva y también preventiva<sup>163</sup>.

En el ámbito aplicado, la predicción del riesgo de violencia constituye en la actualidad un reto para las instituciones judiciales<sup>164</sup>. Los mejores resultados en la predicción suelen obtenerse mediante una combinación de variables psicológicas y comportamentales, y no sólo a partir del uso exclusivo del juicio clínico experto o bien de variables actuariales, como pueden ser la edad de los sujetos, su nivel educativo, el barrio en el que viven, etc...<sup>165</sup>. Por otro lado, diversos estudios han relacionado ciertos factores de personalidad y los delitos violentos entre los que destacarían la impulsividad, la ausencia de miedo o la búsqueda de sensaciones<sup>166</sup>.

La estimación del riesgo de violencia no es más que un procedimiento para predecir la probabilidad de aparición de una conducta violenta determinada. Se puede predecir el riesgo de cualquier elección si conocemos los determinantes de ésta y tenemos datos sobre elecciones que anteriormente hayan sucedido y de los cuales conocemos sus antecedentes.

---

<sup>162</sup> ANDRÉS PUEYO, A., REDONDO, S. "Predicción de la...", ob cit., págs. 157-173.

<sup>163</sup> GARRIDO, V., STANGELAND, P., REDONDO, S. *Principios de Criminología*, Valencia, Tirant Lo Blanch 3ª ed., Valencia, 2006, pag. 111 y ss.

<sup>164</sup> LALUMIÈRE, M. L., QUINSEY, V. L. "Sexual deviance, antisociality, mating effort and the use of sexually coercive behaviours", *Personal Individual Differences*, Vol. 21, 1996, págs. 33-48/QUINSEY, V. L., LALUMIÈRE, M. L., RICE, M. E., Y HARRIS, G. T. "Predicting sexual offenses", en CAMPBELL, J. *Assessing dangerousness: Violence by sexual offenders, batterers and child abusers*, Thousand Oaks, CA: Sage Publicaions., 1995, págs. 114-137.

<sup>165</sup> RODRÍGUEZ, A., LÓPEZ, J. M., ANDRÉS PUEYO, A. "Personalidad y comportamiento penitenciario", *Psicothema*, Vol. 14, 2002, págs. 90-100.

<sup>166</sup> ORTIZ-TALLO, M., FIERRO, A., BLANCA, M. J., CARDENAL, V., SÁNCHEZ, L. M. "Factores de personalidad y delitos violentos", *Psicothema*, Vol. 18, 2006, págs. 459-464/SOBRAL, J., LUENGO, A., GÓMEZ-FRAGUELA, J. A., ROMERO, E., VILLAR, P. "Personalidad, género y criminalidad violenta en reclusos", *Psicothema*, Vol. 19, 2007, págs. 269-275/HERRERO, O., COLOM, R. "¿Es verosímil la teoría de la delincuencia de David Lykken?", *Psicothema*, Vol. 18, 2006, págs. 374-377.

Esta última consideración es cierta en el campo de los registros penales, criminológicos y psiquiátricos, ya que existen datos e informes acumulados que pueden proporcionar este tipo de informaciones. La valoración efectiva del riesgo de violencia es, en términos esenciales, un proceso lógico que persigue estimar la probabilidad de que ciertos comportamientos violentos ocurran en el futuro. Evidentemente no conlleva adivinar el futuro, sino que esencialmente consiste en un proceso que permite comprender el peligro de aparición de conductas violentas que puede existir, con el objetivo de limitar sus potenciales efectos negativos. En los últimos años se han conseguido grandes avances en la precisión de la predicción de riesgo de violencia con enfoques estructurados que proporcionan una aproximación mayor. Algunos resultados demuestran que cuando identificamos un alto riesgo de violencia en un individuo la probabilidad de que la persona sea violenta en el futuro es del 80%<sup>167</sup>.

La valoración del riesgo forma parte de la estrategia preventiva de la violencia, que la incluye como parte indispensable de la intervención proporcional al riesgo estimado. Se puede definir como “la formulación de un nivel de riesgo en un rango que va de bajo a alto e inminente, resultado de la combinación ponderada de determinados factores de riesgo y protección específicos y asociados empíricamente al riesgo que pueda acontecer en un escenario determinado futuro un tipo concreto de comportamiento (violento)”.

La minimización del riesgo de violencia es el paso fundamental que acontece después de la valoración del riesgo. A esta estrategia de control y reducción del riesgo, se denomina “gestión del riesgo”, que está íntimamente relacionada con la valoración del mismo y tiene la finalidad de evitar que se cumpla el pronóstico y/o que se minimicen sus efectos. La gestión del riesgo hace referencia a la aplicación de los conocimientos disponibles generados en los estudios de valoración (actuarios, etc.) para minimizar la frecuencia actual de las conductas violentas y delictivas, así como sus efectos. Es un campo donde los expertos deben desarrollar nuevas estrategias de intervención en su lucha contra el comportamiento violento<sup>168</sup>.

La valoración del riesgo es un proceso de evaluación individual que se inicia por la recogida de datos relevantes del individuo y finaliza en la toma de decisiones acerca de su

---

<sup>167</sup> OGLOFF, J., DAVIS, M. “Assessing risk for violence in the Australian context”, en CHAPPELI, D., WILSON, P. *Issues in Australian Crime and Criminal Justice*, Lexis Nexis Butterworths, Chatswood, 2005, págs. 301-338.

<sup>168</sup> BUCHANAN, A. “Risk and dangerousness Psychological”, *Medicine*, Vol. 29, 1999, págs. 465-473.

comportamiento futuro en una situación determinada<sup>169</sup>. La recogida de datos se realiza mediante entrevistas personales, la evaluación psicológica y/o médica estandarizada, la revisión de expedientes socio-sanitarios y judiciales y la recogida de información colateral. El análisis de los datos, permite tomar decisiones sobre la peligrosidad y el riesgo de violencia de forma individualizada y ajustada a la ponderación del efecto de cada factor y la adopción de medidas, teniendo en cuenta los factores modificables (dinámicos), para reducir ese riesgo al mínimo posible.

La primera referencia histórica sobre el uso de técnicas predictivas en la prevención de la reincidencia delictiva se remonta a 1959, cuando el matrimonio Sheldon y Eleanor Glueck, propusieron por primera vez la predicción como técnica de intervención en la política criminal, mediante las llamadas “Tablas sociales de predicción” en las que, de acuerdo a la biografía del delincuente, su edad, sexo, nivel educativo, historial criminal y otras informaciones, proponían al Juez una tabla de opciones penales teniendo en cuenta la probabilidad de reincidencia estimada para cada caso. Pero no es hasta la década de los 90 cuando se incorporan de forma sistemática, en Canadá, en el contexto de la predicción de violencia y reincidencia en pacientes y/o reclusos afectados por trastornos mentales graves. Posteriormente, se fueron ampliando estas técnicas, para ocuparse de la predicción de otros tipos de violencia (sexual, de pareja y doméstica), extendiéndose a otros países como EE.UU., Reino Unido, Países Nórdicos, Alemania, Holanda, etc. donde su uso se ha generalizado. Los protocolos, inicialmente diseñados para contextos psiquiátrico-forenses, se han generalizado al ámbito penitenciario y criminológico. Los ejemplos son numerosos: el VRAG (Violence Risk Appraisal Guide), el Static99, el HCR-20, el SARA, el PCL (Psychopathic Checklist) y sus adaptaciones específicas, diseñados por Hare<sup>170</sup>, la serie de la LSI-R de Andrews y Bonta<sup>171</sup> o el SAVRY (Scale for Assessment of Risk for Violence in Youths). En el entorno penitenciario destacan el OASyS, el ASSET y el COMPAS que se utiliza en numerosos centros penitenciarios de diversos estados de EE.UU. En conclusión, en los últimos veinticinco años la creación y difusión de estas técnicas ha mejorado de forma definitiva la

---

<sup>169</sup> ANDRÉS PUEYO, A., ECHEBURÚA, E. “Valoración del riesgo de violencia: instrumentos disponibles e indicaciones de aplicación”, *Psicotema*, Vol. 14, 2010, págs. 476-482.

<sup>170</sup> HARE, R. *The Hare Psychopathy Checklist-Revised manual*, Multi-Health Systems, Toronto, 1991/HARE, R. *The Hare PCL: SV Revision*, MHS, Toronto, 2002, págs 73-79.

<sup>171</sup> ANDREWS, D., BONTA, J. *The LSI-R: the level of service inventore-revised*, Multi-Health Systems, Toronto, 1995, págs 134-139.

tarea de predicción de violencia entre los profesionales que se ocupan de esta tarea en contextos penitenciarios y de salud mental<sup>172</sup>.

En España el Grupo de Estudios Avanzados en Violencia (GEAV), de la Universidad de Barcelona ha adaptado tres instrumentos, el HCR-20, el SVR-20 y el SARA, que sirven para valorar el riesgo de violencia física grave en pacientes psiquiátricos y en reclusos, de violencia sexual y de violencia contra la pareja. También trabaja en un protocolo que se denomina RISCANVI diseñado específicamente para valorar el riesgo de comportamientos violentos en internos en las prisiones catalanas. Otros grupos de investigación han adaptado otros instrumentos, como por ejemplo el VRAG (Violence Risk Appraisal Guide, en la Universidad Complutense de Madrid), la PCL-R y sus escalas derivadas, por el grupo de Torrubia en la Universidad Autónoma de Barcelona y por Garrido en la Universidad de Valencia), o el SAVRY (Scale for Assessment of Violence Risk in Youths, adaptado por E. Hilterman en el Centro de Estudios Jurídicos y de Formación Especializada de la Generalitat de Catalunya.

Mediante la evaluación de riesgos se procede el análisis de cada caso, en términos de riesgos de actuación, con un pronóstico. Ahora bien, como se ha puesto de manifiesto, las técnicas actuales no nos permiten predecir si una persona realizará un determinado acto en el futuro, sino que solo se podrá estimar la probabilidad de que en determinadas ocasiones y condiciones y para un intervalo temporal limitado, aparezca la conducta.

Los métodos que actualmente se utilizan pueden englobarse en tres grandes categorías: clínicos, estadísticos o actuariales y mixtos<sup>173</sup>.

Los instrumentos clínicos de que se dispone hoy día, son relativamente subjetivos e incluyen entrevistas, la observación del comportamiento y el uso de inventarios o escalas. La fiabilidad de la predicción clínica de la probabilidad de cometer actos violentos no es elevada. Para Monahan<sup>174</sup> la causa es que los psiquiatras tienden a sobrevalorar el riesgo, de tal manera

---

<sup>172</sup> HILTON, N. Z., HARRIS, G. T. "Sixty-Six Years of Research on the Clinical Versus Actuarial Prediction of Violence", *Counseling Psychologist*, Vol. 34, 2006, págs. 400-409.

<sup>173</sup> MADEN, A. *Treating violence: a guide to risk management in mental health*, Oxford Univ. Press, Oxford, 2007, pág. 87.

<sup>174</sup> MONAHAN, J. *The clinical prediction of violent behaviour*, Rockville, MD: National Institute of Mental Health, 1981, pág. 48-51.

que solo uno de cada tres pacientes considerados potencialmente violentos llega a cometer una agresión.

Frente al modelo clínico, investigadores como S. Hart y C. H. Webster, que siguieron las orientaciones de Paul Meehl, experto psicólogo de la Universidad de Minnesota, adoptaron una técnica de predicción novedosa, que se denomina “actuarial” o estadística en la que se toma la decisión por medio del uso de relaciones establecidas empíricamente entre los datos y los sucesos de interés. Se trata de instrumentos explícitos, objetivos y no requieren ningún juicio de valor por parte del evaluador. El valor de los métodos actuariales radica en el principio de que nada predice mejor el futuro que el pasado, por lo que la predicción descansa sobre factores históricos, y por tanto inmodificables (los llamados “factores estáticos”) entre los que destacan los rasgos antisociales, la existencia de episodios previos de violencia, etc.<sup>175</sup> Sin embargo, la aplicabilidad de estos métodos en la clínica cotidiana es compleja ya que la mayoría de los instrumentos actuariales requieren de un entrenamiento específico y, sobre todo, una información sobre la historia previa del paciente que no siempre es posible obtener. Además, en algunas revisiones se ha puesto de manifiesto que, a pesar de obtener resultados estadísticamente significativos, la tasa de falsos positivos sigue siendo muy alta, fundamentalmente porque las tasas de base de conductas violentas, en pacientes con trastornos mentales en general es baja y este hecho castiga cualquier instrumento, aunque tenga una especificidad muy aceptable<sup>176</sup>.

Finalmente, podemos definir un modelo “mixto” en el que se toma una decisión a partir de la información que se obtiene, de acuerdo a las relaciones de asociación empíricamente contrastadas entre factores de riesgo y criterio, pero sin utilizar estimaciones ponderadas cuantitativas del riesgo en base a tablas o baremos actuariales, sino en base a un ejercicio de prospectiva que el clínico realiza en cada caso particular.

Los métodos mixtos incluyen variables de ambos tipos, dando importancia a factores dinámicos, que generalmente quedan excluidos de las medidas puramente actuariales y se han

---

<sup>175</sup> MOSSMAN, D. “Assessing predictions of violence: being accurate about accuracy”, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 62, 1994, págs. 783-792.

<sup>176</sup> WEBSTER, C. D., HUCKER, S. J. *Violence risk. Assessment and management*, Chichester (U.K.): John Wiley y sons, 2007, pág. 19.

impuesto por su mayor fiabilidad<sup>177</sup>. El resultado de estos trabajos fue la creación, a lo largo de los 90, de una serie de guías clínico-actuariales de predicción entre las cuales destaca el HCR-20 (Guía para la valoración del riesgo de comportamientos violentos). Hay otras guías más específicas, como el SVR-20 (Riesgo de violencia sexual), y el SARA (Riesgo de violencia de pareja).

El SVR-20 es un protocolo diseñado para la evaluación de delincuentes sexuales adultos<sup>178</sup>. Fue desarrollado considerando las investigaciones empíricas y la práctica clínica de los expertos en el ámbito de los factores de riesgo de violencia sexual. La expresión “factores de riesgo” se emplea en este protocolo, para hacer referencia a aquellos elementos y variables personales o sociales cuya presencia hace más probable el mantenimiento de la actividad delictiva de un sujeto o, de otra manera, incrementa su riesgo delictivo. Cada ítem del SVR-20 valora información sobre el individuo que puede ser un factor de riesgo para su conducta futura. En el SVR-20, la evaluación del riesgo se realiza por un experto forense a partir de la valoración de una lista estandarizada de factores que permite finalmente adoptar un juicio de riesgo global. Pérez Ramirez y otros autores<sup>179</sup> aplicaron el SVR-20 de manera retrospectiva, a una muestra de agresores sexuales, excarcelados de una prisión española, con la finalidad de evaluar la capacidad predictiva de este instrumento para anticipar la posible reincidencia sexual. En su estudio obtienen una tasa razonable de aciertos globales con un 78,5% de clasificaciones correctas en el pronóstico de la reincidencia sexual, con una mayor eficiencia en el caso de los no reincidentes. Por ello, parece ser más fácil identificar aquellos sujetos que probablemente no reincidirán que aquellos otros que sí lo harán. Sus resultados avalan la buena capacidad discriminante del SVR-20. No obstante, señalan los autores que se trata de un problema complejo y multifactorial y mejorable.

---

<sup>177</sup> ESBEC, E., FERNÁNDEZ-SASTRÓN, O. “Valoración de la peligrosidad criminal (Riesgo-Violencia)”, en *Psicología forense: Instrumentos de evaluación y perspectivas. Psicopatología Clínica Legal y Forense*, Vol. 3, 2003, págs. 65-90.

<sup>178</sup> BOER, D. P., WILSON, R. J., GAUTHIER, C. M. HART, S. D. “Assessing risk for sexual violence: Guidelines for clinical practice”, en WEBSTER, C. D., JACKSON, M. A. *Impulsivity: Theory, Assessment and Treatment*, Guilford, New York, 1997, págs. 326-342.

<sup>179</sup> PÉREZ RAMÍREZ, M., REDONDO ILLESCAS, S., MARTÍNEZ GARCÍA, M., GARCÍA FORERO, C., ANDRÉS PUEYO, A. “Predicción de riesgo de reincidencia en agresores sexuales”, *Psicothema*, Vol. 20, 2008, págs. 205-210.

### VI. ANÁLISIS HISTÓRICO DEL PROCESO EVALUADOR

Tanto el sistema penal como el penitenciario vigente requieren permanentemente la evaluación del riesgo de reincidencia y la valoración de los delincuentes violentos que pueden constituir un peligro para la sociedad. La cuestión central, antes de pasar a considerar el enfoque más adecuado o la forma más eficaz de llevar a cabo esta tarea, es saber hasta qué punto es posible dilucidar quién puede presentar un alto riesgo de cometer un delito violento<sup>180</sup>.

#### VI.1. Primera etapa

Las primeras decisiones legales con base en la peligrosidad de los individuos en procedimientos de salud mental tienen lugar en Estados Unidos y datan de los años 60<sup>181</sup>. La valoración de la peligrosidad, se basaba exclusivamente en meras “impresiones”, realizadas por parte de expertos que no necesariamente lo eran en salud mental. La valoración de la peligrosidad criminal correspondía al legislador u otros responsables de la excarcelación de los delincuentes, quienes disponían de escasa información sobre el sujeto y ninguna pauta preestablecida para utilizar dicha información. Los expertos en salud mental no disponían de herramientas para llevar a cabo esta tarea, por lo que las decisiones sobre el riesgo de violencia de los sujetos eran una cuestión meramente subjetiva e intuitiva basada en el juicio clínico y experiencia de los profesionales y no cumplían los rigurosos estándares tan necesarios en ámbitos forenses. La década de los setenta fue relevante por dos motivos: en primer lugar, 1970 fue el año en el que comenzó la investigación Baxtrom<sup>182</sup>, y en segundo lugar, y aún más importante, fue una década prolífica en la concepción de ideas y obtención

---

<sup>180</sup> ESBEC, E. “Valoración de la peligrosidad criminal (Riesgo-Violencia)”. En *Psicología forense: Aproximación conceptual e histórica. Psicopatología Clínica Legal y Forense*, Vol. 3, 2003, págs. 45-64.

<sup>181</sup> NORKO, M. A. “Commentary: Dangerous a failed paradigm for Clinical Practice and Service Delivery”, *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, Vol. 28, 2000, págs. 282-289.

<sup>182</sup> La investigación Baxtrom pretendía llevar a cabo un seguimiento de la transferencia masiva de 967 pacientes de los hospitales psiquiátricos de máxima seguridad del correccional del Estado de Nueva York, a hospitales psiquiátricos civiles y posteriormente su reinserción en la comunidad como resultado del primer caso de salud mental en la historia de EEUU, cuya sentencia había sido basada en motivaciones constitucionales (Baxtrom v. Herold, 323 U.S., 107).



de datos empíricos relacionados con la predicción psiquiátrica de la peligrosidad<sup>183</sup>, pero se mantenía la escasez de directrices concretas que pudieran ayudar a los profesionales a enfrentarse al problema<sup>184</sup>.

## VI.2. Segunda etapa o empírica

Ante la escasa fiabilidad predictiva, carente de datos empíricos, de las investigaciones anteriores, se desarrolló, lo que se conoce la etapa “empírica”, de la predicción de la peligrosidad o de evaluación del riesgo. Estaba dominada por tres creencias centrales: que la peligrosidad era un concepto médico-legal; que se trataba de un concepto dicotomizado (sí-no); y que los expertos en salud mental podían realizar predicciones acertadas sobre la peligrosidad de los individuos. La metodología empírica (o “clínica estructurada”), para la valoración de la peligrosidad, resultó muy atractiva por una variedad de razones, entre otras que se encontraba imbricada en el marco científico, se consideraba más precisa que el mero juicio clínico y era, generalmente, bien aceptada ante los tribunales<sup>185</sup>. Sin embargo, había muchos problemas, tanto a nivel conceptual como metodológico. Por un lado, existían dificultades no solo a la hora de definir el término “violencia”, debido entre otras razones a las distintas aproximaciones teóricas respecto a la naturaleza y causas del comportamiento violento en sí, sino también para predecir un periodo específico de tiempo en el que pudiera darse<sup>186</sup>. Por otro lado, la utilización de variables predictoras débiles o no válidas se traducían en predicciones escasamente fiables. Hasta la década de los 80, las investigaciones desarrolladas demostraron que los profesionales que determinaban la peligrosidad, especialmente basadas en juicios clínicos como herramienta principal, cometían importantes errores y para determinar el potencial violento de los sujetos, se equivocaban más que

---

<sup>183</sup> STEADMAN, H. J. “From Dangerousness to Risk Assessment of Community Violence: Talking stock all the turn of the Century”, *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 2000, Vol. 28, págs. 265-271.

<sup>184</sup> WARD, A., DOCKERILL, J. “The Predictive Accuracy of the Violent Offender Treatment Program Risk Assessment Scale”, *Criminal Justice and Behaviour*, Vol. 26, 1999, págs. 125-140.

<sup>185</sup> STEADMAN, H. J. “From Dangerousness to...”, ob cit., págs. 265-271.

<sup>186</sup> MONTGOMERY, B., WILSON, P. R. *Predicting Dangerousness*: Discussion paper, Bond University, Australia, 1998, págs. 187-196.

acertaban. Monahan<sup>187</sup>, llegó a afirmar que “...las predicciones de los psiquiatras y psicólogos respecto al comportamiento violento resultan acertadas en tan solo uno de cada tres casos”, y esta aseveración tuvo una gran repercusión en los tribunales de justicia. Durante el último cuarto del S. XX se produjeron grandes avances en la reconceptualización de la peligrosidad. Así, en 1991, el comité GAP (Grupo para el Avance de la Psiquiatría y la Ley) renovó la consideración respecto al diagnóstico de la peligrosidad criminal, incorporando los siguientes factores: (1) la magnitud del daño resultante del acto violento; (2) La probabilidad de que un hecho violento concreto fuera cometido; y (3) el periodo de tiempo en el que dicho hecho podría ser cometido<sup>188</sup>. Paralelamente, comenzó a cobrar interés el factor “frecuencia de violencia” en un grupo determinado (tasa base de violencia del grupo), cuya relevancia había sido relegada a un segundo plano y que, sin embargo, de acuerdo con autores como Mossman<sup>189</sup> resulta crucial a la hora de realizar valoraciones sobre la peligrosidad de los individuos.

### **VI.3. Tercera etapa o actuarial**

Durante la década de los 90 se desarrollaron los métodos estadísticos o actuariales. Sin embargo, los antecedentes de estos procedimientos se remontan a los años 30, cuando el matrimonio Glueck desarrolló unas tablas de predicción de la reincidencia de menores delincuentes que sirven de paradigma de este tipo de procedimientos. Más adelante en los años 70, se aplicó esta estrategia en contextos penitenciarios. También durante la década de los 80, los responsables técnicos de las prisiones canadienses decidieron comparar registros detallados de numerosos antecedentes y datos de los presos y su grado y tipo de reincidencia.

Hay coincidencia en tomar como punto de partida de esta etapa a partir de la mitad de la década de los años 90. La característica de estos métodos es que constituye un procedimiento formal, algorítmico y estadístico para alcanzar una decisión respecto al riesgo

---

<sup>187</sup> MONAHAN, J. *The clinical prediction of violent behaviour*, Rockville, MD: National Institute of Mental Health, 1981, pág. 112.

<sup>188</sup> GOLZBAND, M. G. “Dangerousness: A Mutating Concept passes through the Literature”, *Journal of the American Academy and the Law*, Vol. 26, 1998, págs. 649-54.

<sup>189</sup> MOSSMAN, D. “Commentary: Assessing the Risk of Violence-Are the “Accurate” Predictions Useful?”, *Journal of the American Academy of Psychiatry and Law*, Vol. 28, 2000, págs. 272-281.

de violencia de los individuos, eliminando todo tipo de valoraciones subjetivas por parte del evaluador<sup>190</sup>. Implican la predicción de la conducta de un individuo en base a como otros sujetos han actuado en situaciones similares, o la similitud de un individuo con miembros de grupos considerados violentos y para ello se sustentan en registros detallados de todos los datos relevantes de la historia personal del sujeto, sobre todo en informaciones que se relacionan empíricamente con el comportamiento o criterio a predecir<sup>191</sup>. Siguen el listado de factores de riesgo reconocidos en la literatura científica e incluyen una ponderación adecuada, obtenida empíricamente, y diferenciada de acuerdo a la importancia de cada factor de riesgo. Fruto de este procedimiento es la obtención de un valor de puntuación de probabilidad determinada, que refleja el riesgo de que suceda aquello que queremos predecir. Esta metodología permite la obtención de medidas cuantitativas de certeza sobre la reincidencia en distintos tipos de violencia, a corto y largo plazo (periodos de tiempo comprendidos entre tres meses y diez años).

Las críticas a la aplicación de estos métodos son variadas<sup>192</sup>. Los procedimientos actuariales aplican las reglas de los grupos a los individuos y, como es natural, el peligro de equivocarse está en relación directa a la heterogeneidad que los individuos muestran al formar parte de un grupo. Tampoco se tratan de evaluaciones individuales sino generalizaciones grupales aplicadas a los individuos y el diseño de las distintas medidas actuariales se lleva a cabo con poblaciones muy específicas, lo que pone en entredicho su aplicabilidad y posible generalización.

Hay que tener también en cuenta, que este tipo de medidas se centra en conductas que han de ser “detectadas” por el sistema judicial, lo que probablemente sesga las cifras reales de reincidencia, aumentando el riesgo de falsos negativos y subestimando seriamente el riesgo de individuos concretos. Por último, los métodos actuariales se basan fundamentalmente en factores estáticos (inmodificables), derivados de la historia del sujeto, lo que no permite

---

<sup>190</sup> GROVE, W. M., MEEHL, P. E. “Comparative efficiency of informal (subjective, impressionistic) and formal (mechanical algorithmic). Prediction procedures: The clinical-statistical controversy”, *Psychology, Public Policy and Law*, Vol. 2, 1996, págs. 293-323.

<sup>191</sup> MILNER, J., CAMPBELL, J. “Prediction issues for practitioners”, en CAMPBELL, J. C. *Assessing dangerousness: Violence by sexual offenders, batterers and child abusers*, Sage Publicatiots, Minnesota, 1995, págs. 20-40.

<sup>192</sup> ESBEC RODRÍGUEZ, E., TEROL LEVY, O. “Valoración del riesgo de la violencia”, en DELGADO BUENO, S. *Tratado de Medicina Legal y Ciencias Forenses*, Vol. 5, Bosch, Barcelona, 2013, págs. 289-307.

apreciar posibles resultados de una intervención terapéutica, es decir, están limitados a la predicción de la conducta violenta, y por sí mismos no generan estrategias para el manejo del riesgo<sup>193</sup>.

Para Andrés Pueyo y Redondo<sup>194</sup> entre las limitaciones de estas pruebas destacan que los resultados pueden ser fácilmente malinterpretados y dar lugar a justificaciones pseudo-objetivas y pseudocientíficas. Además los protocolos actuariales requieren estudios cuantitativos epidemiológicos constantes, a gran escala, estimaciones de la frecuencia de los comportamientos que se quieren predecir en las distintas poblaciones donde pueden ocurrir, etc. Este tipo de información, al menos parcialmente cuando nos referimos a poblaciones penitenciarias y delictivas, suelen estar disponibles, aunque con frecuencia de modo incompleto, pero en otras como la población de los agresores maltratadores es bastante menos accesible.

#### **VI.4. Cuarta etapa. La evaluación mixta clínico-actuarial**

Comprende la combinación de medidas actuariales y otras medidas clínicas estructuradas derivadas de datos empíricos. Autores como Milner y otros<sup>195</sup> y Serin<sup>196</sup> recomendaron el uso de una combinación de medidas estadísticas y experiencia clínica para la valoración de la peligrosidad, ya que la aplicación por separado de métodos clínicos o actuariales producían resultados discutibles, por lo que recomendaron el uso de una combinación de medidas estadísticas y experiencia clínica, lo que permite una mayor exactitud predictiva. En la misma línea, otros autores afirmaron que la valoración clínica como podía ser potenciada mediante la evaluación actuarial<sup>197</sup> y viceversa<sup>198</sup> y la

---

<sup>193</sup> ESBEC RODRÍGUEZ, E., TEROL LEVY, O. “Valoración del riesgo de la violencia”, en DELGADO BUENO, S. *Tratado de Medicina Legal y Ciencias Forenses*, Vol. 5, Bosch, Barcelona, 2013, págs. 289-307.

<sup>194</sup> ANDRÉS PUEYO, A., REDONDO, S. “Predicción de la...”, ob. cit., págs. 157-173.

<sup>195</sup> MILNER, J., CAMPBELL, J. “Prediction issues...”ob. cit”, págs. 20-40.

<sup>196</sup> SERIN, R. *Decision Issues in Risk Assessment*. Forum on Corrections Reseach, Vol. 5, 1993, págs. 22-25.

<sup>197</sup> LITWACK, T., KIRSCHNER, S., WACK, R. “The assessment of dangerous and predictions of violence: Recent research and future prospect”, *Psychiatric Quartely*, Vol. 64, 1993, págs. 245-271.

<sup>198</sup> SERIN, R. *Decision Issues...*”ob. cit, págs. 22-25/GOTTFREDSON, S., GOTTFREDSON, D. “Behavioural prediction and the problema of incapacitación”, *Criminology...*”ob. cit, págs. 441-474.

consideración de un gran número de factores llevaría a una valoración más precisa del riesgo real. Sin embargo, pronto surgieron detractores de esta idea que afirmaban radicalmente lo contrario, llegando incluso a aseverar que cuando la metodología clínica se incorporaba a las predicciones actuariales, la eficacia de estas se veía mermada<sup>199</sup>.

Desde este punto de vista, el concepto de “peligrosidad criminal” y los modelos de investigación asociados han sido reemplazados por un pensamiento probabilístico dimensional, en oposición a las dicotomías sí/no, dentro/fuera, ligadas históricamente a dicho concepto, lo que ha llevado a una consideración general de la “peligrosidad”, como el “riesgo de comportamiento violento futuro” sin las connotaciones disposicionales e inherentes al individuo y teniendo más en cuenta la compleja interacción entre las características psicológicas del sujeto y los factores situacionales o contextuales en la producción de actos violentos. Diferentes autores<sup>200</sup> sugieren que el mejor método de predicción debe combinar las aproximaciones estadísticas/actuariales, históricas/anamnésicas y clínicas, utilizando los factores de forma específica para cada caso, en un contexto que tenga en cuenta variables dinámicas, como el contexto donde se desarrolla, variables victimológicas y otras situacionales relevantes.

Los Tribunales han exigido a los profesionales en salud mental la responsabilidad de identificar a los sujetos potencialmente violentos y proteger a la sociedad de estos individuos<sup>201</sup>. La preocupación (legítima) de la sociedad en lo que respecta a su seguridad ha forzado durante años a los distintos profesionales a “prever” y “prevenir” el riesgo que

---

<sup>199</sup> QUINSEY, V. L., HARRIS, G. T., RICE, M. E, Y CORMIER, C. A. *Violent offenders. Appraising and managing risk*. Washington: American Psychologic Association, 1998, págs. 167-176.

<sup>200</sup> CLARK, D., FISHER, M., MCDOUGALL, C. “A new methodology for assessing the level of risk in incarcerate offenders”, *British Journal of Criminology*, Vol. 33, 1993, págs. 436-448/DEKLEVA, K. B. “Psychiatric expertise in the sentencing phase of capital murder cases”, *Journal of the American Academy of Psychiatry and Law*, Vol. 29, 2001, págs. 58-67/SREENIVASAN, S., KIRKISH, P., GARRICK, T., WEINBERGER, L.E., PHENIX, A. “Actuarial risk assessment models: a review of critical issues related to violence and sex-offender recidivism assessments”, *J Am Acad Psychiatry Law*, Vol. 28, 2000, págs.438-448/BJORKLY, S. “Scale for the prediction of aggression and dangerousness in psychotic patients, an introduction”, *Psychological Reports*, Vol. 73, 1993, págs. 1363-1377/SHAFFER, C., WATERS, W., ADAMS, J. “Dangerousness: Assessing the Risk of Violent Behavior”, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 62, 1994, págs. 1064-1068.

<sup>201</sup> PARDO LÓPEZ, M. M. “Intimidad personal, protección de datos sanitarios en intromisiones legítimas: Una proyección hipotética de la doctrina *Tarasoff* sobre el ordenamiento jurídico español”, *Anales de Derecho*, Universidad de Murcia, Vol. 25, 2007, págs. 181-214.

ciertos individuos podrían presentar para la comunidad. Esto ha llevado a la adopción de medidas legislativas muy controvertidas.

A lo largo de la historia, el énfasis primordial ha recaído en la valoración del riesgo “a priori” en detrimento de un posible desarrollo de medidas para el manejo del riesgo de los sujetos reinsertados en la comunidad y el empleo de tratamientos más exhaustivos y adecuados. Así, la mayoría de los sistemas forenses actuales, han elaborado numerosas guías y entre las pruebas más destacadas están las relacionadas con el HCR-20 (SVR-20, SARA, SAVRY, EARL-B, etc.)<sup>202</sup> y con el PCL-R (PCL-SV y PCL-YV)<sup>203</sup>. También son destacables otras guías como las de L. Andrews y J. Bonta o las de J. Campbell específicas para la predicción del homicidio del cónyuge por parte del marido.

No hay duda que el uso de instrumentos que incorporan técnicas actuariales ha supuesto una mejora de la precisión predictiva en grupos determinados, sin embargo queda una gran laguna en cuanto a la predicción del riesgo en los casos individuales<sup>204</sup>. En estos casos, tiene un gran peso la limitación impuesta por el uso de variables en su mayoría de marcado carácter estático, por lo que la precisión de medida (fiabilidad), origina que la proporción de varianza explicada respecto a la conducta predicha sea muy limitada<sup>205</sup>. La observación “objetiva” por sí sola no proporciona información suficiente sobre el significado de una acción para el individuo que la ejecuta, y se hace cada vez más evidente que, si queremos profundizar en el conocimiento de los factores implicados en la génesis de las conductas violentas, es necesario reintroducir la experiencia “subjetiva” como única forma de reconocer factores de relevancia específica (“significado”), para cada persona concreta.

Con ello, es preciso reconocer la complejidad del problema y poner en marcha áreas de investigación que se han dejado al margen por su grado de complejidad. Como punto de

---

<sup>202</sup> WEBSTER, C. D., HUCKER, S. J. *Violence risk. Assessment and management*. Chichester (U.K.): John Wiley y sons, 2007, /HART, S. “Assessing and managing violence risk”, en DOUGLAS, *HCR-20: violence risk management companion guide*, Sfu, Vancouver, 2001, págs. 13-26.

<sup>203</sup> HARE, R. *The Hare PCL: SV Revisión*. MHS.: Toronto, 2002, pág. 117-122.

<sup>204</sup> NILSSON, T., MUNTHE, C., GUSTAVSON, C., FORSMAN, A., ANCKARSÄTER, H. “The precarious practice of forensic psychiatric risk assessments”, *International Journal Law and Psychiatry*, Vol. 32, 2009, págs. 400-407.

<sup>205</sup> YANG, S., MULVEY, E. P. “Violence risk: redefining variables from the first-person perspective”, *Aggress Violent Behaviour*, Vol. 17, 2012, págs. 198-207.

partida parecen interesantes las propuestas realizadas por diferentes autores como el análisis de la alianza terapéutica y su relación con la probabilidad de aparición de conductas violentas<sup>206</sup>, la formalización de algunos aspectos dinámicos en la exploración del riesgo de violencia<sup>207</sup>, o el programa recientemente elaborado por Yang y Mulvey<sup>208</sup> que incluye temas como el estilo atribucional y la percepción de amenazas, los puntos de referencia normativa o el reconocimiento y regulación de las emociones por parte de los pacientes.

En este sentido, es importante reconocer que, aparte de aplicar de manera rigurosa los datos conocidos sobre factores de riesgo, es necesario investigar aspectos más complejos, pero no por ello prescindibles, como los factores dinámicos, que son los que posiblemente ayuden a incrementar la capacidad de predicción y de intervención. El compromiso debe ser trabajar para mejorar la situación de los pacientes, no simplemente hacer lo que algunos autores han denominado como “culpable por asociación estadística”<sup>209</sup>.

## VI.5. Quinta etapa

Conlleva el uso de medidas de predicción que reflejen el pensamiento clínico en la vida real, pero teniendo en cuenta la complejidad de los casos individuales<sup>210</sup>. Para Norko<sup>211</sup> el concreto manejo clínico de la peligrosidad implicaría “saber cuándo y bajo qué condiciones podría ocurrir un incidente violento y de qué forma los profesionales de la salud mental pueden valorar qué sujetos presentan un riesgo bajo condiciones relacionadas con la violencia”. Así, la utilización de un “Árbol de decisiones” parece ser una medida adecuada

<sup>206</sup> BEAUFORD, J. E., MCNIEL, D. E., BINDER, R. L. “Utility of the initial therapeutic Alliance in evaluating psychiatric patients’ risk of violence”, *American Journal of Psychiatry*, Vol. 154, 1997, págs. 1272-1276.

<sup>207</sup> DOCTOR, R. “Psychodynamic lessons in risk assessment and management”, *Advances in Psychiatric Treatment*, Vol. 10, 2004, págs. 267-276.

<sup>208</sup> YANG, S., MULVEY, E. P. “Violence risk: redefining variables from the first-person perspective”, *Aggress Violent Behaviour*, Vol. 17, 2012, págs. 198-207.

<sup>209</sup> LINDQVIST, P., SKIPWORTH, J. “Evidence-based rehabilitation in forensic psychiatry”, *British Journal of Psychiatry*, Vol. 176, 2000, págs. 320-323.

<sup>210</sup> ESBEC RODRÍGUEZ, E., TEROL LEVY, O. (2013). “Valoración del riesgo de la violencia”, en DELGADO BUENO, S. *Tratado de Medicina Legal y Ciencias Forenses*, Bosch, Barcelona, Vol. 5, pág. 321.

<sup>211</sup> NORKO, M. A. “Commentary: Dangerouss a failed paradigm for Clinical Practice and Service Delivery”, *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, Vol. 28, 2000, págs. 282-289.

para la valoración de la peligrosidad criminal. Esta aproximación consiste en plantear una serie de preguntas relacionadas con factores de riesgo asociados a la violencia. Ante la respuesta ante una pregunta determinada, se van planteando una u otras cuestiones, de forma sucesiva, hasta que el sujeto es clasificado en una categoría determinada de riesgo.

### VII. EL ESTUDIO DE MACARTHUR SOBRE EVALUACIÓN DEL RIESGO DE VIOLENCIA (MACARTHUR VIOLENCE RISK ASSESSMENT STUDY)

Uno de los estudios más importantes sobre la valoración del riesgo en población psiquiátrica es el MacArthur Violence Risk Assessment Study llevado a cabo en Estados Unidos. Se trata de una investigación prospectiva y multicéntrica a gran escala, que constituye la iniciativa más desarrollada para descubrir las interrelaciones complejas existentes entre los factores de riesgo de violencia en la población psiquiátrica<sup>212</sup>. En el intento de superar los principales problemas metodológicos que lastraban los trabajos sobre la predicción de conductas violentas, se diseñó un estudio multicéntrico liderado por Steadman en el que se realizó un trabajo de seguimiento de una muestra amplia de pacientes psiquiátricos que habían sido tratados en medio hospitalario y que fueron evaluados de forma periódica tras el alta para determinar la frecuencia de conductas violentas y los factores que predecían con mayor exactitud su aparición<sup>213</sup>.

Durante un año se siguió una cohorte de 1136 pacientes psiquiátricos de ambos sexos, entre 18 y 40 años, dados de alta de tres hospitales en Estados Unidos y diagnosticados de trastorno del pensamiento o afectivo, abuso de sustancias o trastorno de personalidad e independientemente de si tenían o no un historial biográfico violento. Durante su ingreso fueron evaluados en más de 130 factores de riesgo potenciales para la violencia, también se estudiaron otros antecedentes y datos biográficos. Una vez en libertad cada participante fue entrevistado cada 10 semanas, con el propósito de obtener una información detallada de la conducta violenta realizada por los sujetos dados de alta por medio de autoinforme. Esta

---

<sup>212</sup> SKEEM, J. L., MULVEY, E. P. "Psychopathy and community violence among civil psychiatric patients: results from the MacArthur Violence Risk Assessment Study", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 69, 2001, págs. 358-374.

<sup>213</sup> STEADMAN, H. J., MULVEY, E. P., MONAHAN, J., CLARK ROBINS, P., APPELBAUM, P. S., GRISSO, T. "Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighbourhoods", *Archives of General Psychiatry*, Vol. 55, 1998, págs. 393-401.



información se completaba con datos facilitados por observadores que trataban frecuentemente o que conocían bien al sujeto. Como tercera fuente de datos, se incluyeron informaciones oficiales policiales y/o judiciales.

Con los datos obtenidos, propusieron un método de clasificación de los sujetos del estudio que tuviera en cuenta que la aparición de conductas violentas no depende de combinaciones estáticas de variables, sino de combinaciones de factores que interactúan (predicción condicional). Para ello desarrollaron una cascada de alternativas dicotómicas a partir de los factores que tenían mayor valor predictivo (procedimiento al que denominaron “árbol de clasificación iterativa” (Iterative Classification Tree o ICT), y que se detenía cuando las nuevas variables introducidas no generaban una predicción mejor).

Los resultados globales indican que el 61% de los pacientes se comportó de forma violenta en libertad a lo largo del primer año posterior al alta, de ellos el 28% tuvo comportamientos violentos graves, aunque las tasas variaron en función de la fuente de datos utilizada y el tipo de violencia. Por ejemplo, la prevalencia de violencia grave a lo largo de un año fue del 4,5% usando registros oficiales de arrestos o reingresos hospitalarios, del 23,7% agregando autoinformes sobre actos no registrados y del 27,5% agregando los datos obtenidos de los informantes colaterales no considerados en registros oficiales, ni autoinformados. La prevalencia final de violencia grave fue seis veces más alta que la estimada únicamente por los registros oficiales<sup>214</sup>.

Al tener en cuenta los distintos diagnósticos de los pacientes, los resultados indicaron que el 9% de los pacientes con esquizofrenia fueron violentos en las primeras 20 semanas posteriores al alta, el 19% de los diagnosticados de depresión, el 15% de los que tenían un trastorno bipolar, el 17,2% de sujetos con otros trastornos psicóticos, el 29% de los que tenían trastorno por abuso de sustancias y el 25% de los que contaban con trastornos de personalidad<sup>215</sup>. El diagnóstico de trastorno mental grave se asoció con un nivel bajo de

---

<sup>214</sup> APPELBAUM, P. S., CLARK ROBINS, P., MONAHAN, J. “Violence and Delusions: Data from the MacArthur Violence Risk Assessment Study”, *American Journal of Psychiatry*, Vol. 157, 2000, págs. 566-572/STEADMAN, H. J., MULVEY, E. P., MONAHAN, J., CLARK ROBINS, P., APPELBAUM, P. S., GRISSO, T. “Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighbourhoods”, *Archives of General Psychiatry*, Vol. 55, 1998, págs. 393-401.

<sup>215</sup> WALSH, E., BUCHANAN, A., FAHY, T. “Violence and schizophrenia: examining the evidence”, *British Journal of Psychiatry*, Vol. 180, 2002, págs. 490-495/MONAHAN, J., STEADMAN, H. J., APPELBAUM, P.

violencia. Cabe destacar que otras variables como la gravedad y frecuencia del maltrato físico en la infancia, el diagnóstico de abuso de sustancias, los pensamientos violentos, una actitud suspicaz hacia los otros y las alucinaciones auditivas de pérdida de control interno se relacionaron intensamente con la violencia. Finalmente, los predictores de violencia en la comunidad más sólidos fueron la psicopatía medida con el PCL SV (Psychopathy Checklist Screening Version)<sup>216</sup>, el diagnóstico de trastorno antisocial de la personalidad, el abuso de alcohol o drogas y la puntuación en una escala de evaluación de la ira. También es interesante destacar que la presencia de un diagnóstico de esquizofrenia situaba a los pacientes en un grupo de bajo riesgo de violencia, algo que otros autores relacionan con el hecho de que eran pacientes tratados<sup>217</sup>.

En conclusión, el procedimiento es bastante complejo y además, como los propios autores matizan, la situación de un paciente en el grupo de alto riesgo no supone una predicción certera de violencia ya que la probabilidad de que se produjera fue algo inferior al 50%.

---

S., ROBBINS, P. C., MULVEY, E. P., SILVER, E. "Developing a Clinically Useful Actuarial Tool for Assessing Violence Risk", *British Journal of Psychiatry*, Vol. 176, 2000, págs. 312-319.

<sup>216</sup> HART, S. D., COX, N., HARE, D. "The Hare Psychopathy Checklist: Screening Version (PCL:SV)", Toronto: Multi Health System Inc., 1995/MONAHAN, J., STEADMAN, H. J., SILVER, E., APPELBAUM, P. S., CLARK ROBBINS, P., MULVEY, E. P. "Rethinking risk assessment. The MacArthur Study of Mental Disorder and Violence", New York, USA: Oxford University Press, 2001, págs. 24-59.

<sup>217</sup> MONAHAN, J., STEADMAN, H. J., SISVER, E., APPELBAUM, P. S., ROBBINS, P. C., MULVEY, E. P., ROTH, L. H., GRISSO, T., BANKS, S. *Rethinking risk assessment: The Mcarthur study of mental disorder and violence*, Oxford University Press, Oxford, 2001, pág. 56.

# **CAPÍTULO V**

## **LA ENFERMEDAD MENTAL Y LA VIOLENCIA**



## I. UNA RELACIÓN DISCUTIBLE

El conocimiento de hechos violentos cometidos por enfermos mentales graves genera en el ciudadano una importante preocupación<sup>218</sup>, en muchas ocasiones sobrevalorada por el tratamiento mediático que se realiza<sup>219</sup>. A pesar de que los sucesos violentos cometidos por enfermos mentales son objeto de una amplia difusión mediática, no constituyen la realidad del problema, sino que son excepcionales, siendo mucho más frecuente, aunque no son recogidos en los medios de información, el hecho de que los enfermos mentales sean más víctimas de la violencia que autores de la misma<sup>220</sup>. Finalmente, otro aspecto que no hay que olvidar en el ámbito de esta relación, que, como aparece en el epígrafe, hemos denominado como discutible, es la profunda reforma en el sistema asistencial psiquiátrico (la denominada “desinstitucionalización”), que se realizó hace unas décadas.

En la actualidad un aspecto central del estereotipo de la enfermedad mental es la peligrosidad y resulta clave para el estigma y la discriminación que sufren los sujetos afectados<sup>221</sup>. El estereotipo del enfermo mental como una persona violenta parece basarse en parte, en evidencias que identifican una tasa elevada de violencia en un subgrupo de personas con enfermedad mental y está asociada al concepto de peligrosidad como disposición psicológica relacionada con el riesgo de comportamiento violento<sup>222</sup>. Esta consideración parte

<sup>218</sup> APPELBAUM, P. S. “Violence and mental disorders: data and public policy”, *American Journal of Psychiatry*, Vol. 163, 2006, págs. 1319-1321/PESCOSOLIDO, B., MONAHAN, J., LINK, B., STUEVE, A., KIKUZAWA, S. “The public’s view of the competence, dangerousness, and need for legal coercion of persons with mental health problems”, *American Journal of Public Health*, Vol. 89, 1999, págs.1339-1345/PHELAN, J. C., LINK, B. “The growing belief that people with mental illnesses are violent: the role of the dangerousness criterion for civil commitment”, *Soc Psychiatry Epidemiology*, Vol. 33, 1998, págs. 7-12.

<sup>219</sup> MUÑOZ, M., PÉREZ-SANTOS, E., CRESPO, M., GUILLÉN, A. I, IZQUIERDO, M. “La enfermedad mental en los medios de comunicación: un estudio empírico en prensa escrito, radio y televisión”, *Clínica y Salud*, Vol. 22, 2011, págs. 157-173.

<sup>220</sup> STUART, H. “Violencia y enfermedad mental: una consideración general”, *World Psychiatry*, Vol. 2, 2003, págs. 121-124.

<sup>221</sup> SILVER, E. “Understanding the relationship between mental disorder and violence: the need for a criminological perspective”, *Law and Human Behavior*, Vol. 30, 2006, págs. 685-706/STUART, H., ARBOLEDA-FLÓREZ, J. “A public health perspective on violent offenses among persons with mental illness”, *Psychiatric Services*, Vol. 52, 2001, págs. 654-659.

<sup>222</sup> ANGERMEYER, M. C., COOPER, B., LINK, B. “Mental disorder and violence: results of epidemiological studies in the era of desinstitutionalization”, *Society Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, Vol. 33, 1998, págs. 1-6/ARBOLEDA-FLÓREZ, J. “Mental illness and violence: an epidemiological appraisal of the evidence”, *Canadian Journal of Psychiatry*, Vol. 43, 1998, págs. 989-996.

de una visión obsoleta y en la medida en que la peligrosidad, como disposición innata, deje de aplicarse como elemento predictor de la violencia futura, aquella visión irá desapareciendo<sup>223</sup>. Desde una posición totalmente opuesta, muchos investigadores de las ciencias sociales y defensores de los pacientes argumentan que la relación entre trastorno mental y violencia es falsa, prejuiciosa y aumenta el estigma del enfermo mental como un sujeto violento. Así, numerosos autores concluyen que la prevalencia de conducta violenta ejercida por los enfermos mentales es de escasa gravedad y de frecuencia inferior a la población general<sup>224</sup>. No obstante, destacados profesionales de la salud mental y desde el ámbito clínico, demuestran que la violencia es relativamente frecuente en un grupo limitado de pacientes. Esta percepción fue traducida en términos empíricos cuando, a partir de los años ochenta, estudios epidemiológicos de gran escala, así como otros estudios clínico-forenses, encontraron índices de prevalencia de conducta violenta más elevados en pacientes psiquiátricos que los observados en población general<sup>225</sup>.

Es constante la creencia que atribuye a las personas con trastorno mental un elevado riesgo de comportamiento violento, percibiéndolas como impredecibles y peligrosas, propensas a manifestar comportamientos impulsivos, agresivos y socialmente inadecuados<sup>226</sup> y que el trastorno mental es la base de la peligrosidad de ciertos delincuentes. Sin embargo, el uso del factor enfermedad mental como concepto clarificador y explicativo de una conducta tan compleja como es la acción violenta, no deja de ser una simplificación teóricamente arriesgada, aún más si el argumento sirve para guiar la acción profesional<sup>227</sup>. La violencia interpersonal no es simplemente un síntoma o una manifestación psicopatológica, sino más

---

<sup>223</sup> KARIN ARBACH, K., ANDRÉS PUEYO, A. “Valoración del riesgo de violencia en enfermos mentales con el HCR-20”, *Papeles del Psicólogo*, Vol. 28, 2008, págs. 174-186.

<sup>224</sup> MORERA, B., HUESO, V., MARTINEZ, L. “Conductas violentas y enfermedad mental: predicción y abordaje en pacientes hospitalizados”, *Archivos de Psiquiatría*, Vol. 64, 2001, págs. 137-154.

<sup>225</sup> WESSELY, S. “The epidemiology of crime, violence and schizophrenia”, *British Journal of Psychiatry*, Vol. 170, 1997, págs. 8-11.

<sup>226</sup> STUART, H. “Violencia y enfermedad...”, ob cit., págs. 121-124/ERONEN, M., ANGERMEYER, M. C., SCHULZE, B. “The psychiatric epidemiology of violent behaviour”, *Society Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, Vol. 33, 1998, págs. 13-23/TIIHONEN, J., HAKOLA, P., ERONEN, M., VARTIAINEN, H., RYYNÄNEN, O. P. “Risk of homicidal behavior among discharged forensic psychiatric patients”, *Forensic Science International*, 1996, Vol. 79, págs. 123-129/RABKIN, J. G. “Criminal behavior of discharged mental patients: a critical appraisal of the research”, *Psychological Bulletin*, Vol. 86, 1979, págs. 1-27.

<sup>227</sup> KARIN ARBACH, K., ANDRÉS PUEYO, A. “Valoración del riesgo...”, ob cit., págs. 174-186.

bien un fenómeno recíproco e interactivo que surge en el contexto de las relaciones sociales. Las teorías que relacionan la violencia con los instintos, los impulsos incontrolables y con los aprendizajes sociales inadecuados no tienen en cuenta que la violencia es una estrategia deliberada, que se relaciona con los conflictos reales o imaginarios que las personas tienen entre sí, y que, por tanto, atienden a mecanismos de regulación más complejos que los simples impulsos o emociones, más o menos descontrolados, entre los que destaca la intencionalidad del agresor de realizar una conducta violenta con una finalidad específica<sup>228</sup>.

La relación entre la enfermedad mental y el comportamiento violento ha sido objeto de debate a lo largo de la historia, sin embargo, no fue de un interés real en los investigadores de la salud mental hasta mediados de los años 60. Hasta entonces, los estudios publicados eran escasos y pocos sostenían la idea que las personas con trastorno mental no eran más violentas e incluso, tenían menos posibilidades de ejercer actos violentos que la población general, por lo que un porcentaje importante de profesionales de la salud mental creía que relacionar ambos conceptos, era artificial e incrementaba la estigmatización de las personas con psicopatologías graves<sup>229</sup>.

Antes nos hemos referido a la reforma psiquiátrica, que condujo a la reducción del periodo de hospitalización y la limitación de las camas hospitalarias psiquiátricas y tuvo como consecuencia que los hospitales psiquiátricos comenzaran a no admitir a estos pacientes, con lo que las admisiones en prisión de sujetos con trastorno mental fueron en aumento<sup>230</sup>. La

<sup>228</sup> ROJAS MARCOS., L. *Las semillas de la violencia*, Espasa Calpe, Barcelona, 1995, págs. 214-216/SANMARTIN., J. *El laberinto de la violencia*, Ariel, Barcelona, 2004/ANDRÉS PUEYO, A., REDONDO, S. “Predicción de la violencia: entre la peligrosidad y la valoración del riesgo de violencia”, *Papeles del psicólogo*, Vol. 28, 2007, págs. 157-173.

<sup>229</sup> ARANGO, C., CALCEDO BARBA, A., GONZALEZ SALVADOR, T., CALCEDO ORDOÑEZ, A. “Violence in Inpatients with Schizophrenia: a Prospective Study”, *Schizophrenia Bulletin*, Vol. 25, 1999, págs. 493-503/ERONEN, M., ANGERMEYER, M. C., SCHULZE, B. “The psychiatric epidemiology of violent behaviour”, *Society Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, Vol. 33, 1998, págs. 13-23/HODGINS, S., MEDNICK, S., BRENNAN, P., SCHULSINGER, F., ENGBERG, M. “Mental disorder and crime. Evidence from a Danish birth cohort”, *Archives of General Psychiatry*, Vol. 53, 1996, págs. 489-496.

<sup>230</sup> WALLACE, C., MULLEN, P., BURGESS, P. “Criminal offending in schizophrenia over a 25 year period marked by deinstitutionalization and increasing prevalence of comorbid substance use disorders”, *American Journal of Psychiatry*, Vol. 161, 2004, págs. 716-727/HODGINS, S. “Epidemiological investigations of the association between major mental disorder and crime: methodological limitations and validity of the conclusions”, *Society Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, Vol. 33, 1998, págs. 29-37/HODGINS, S., MEDNICK, S., BRENNAN, P., SCHULSINGER, F., ENGBERG, M. “Mental disorder and crime. Evidence from a Danish birth cohort”, *Archives of General Psychiatry*, Vol. 53, 1996, págs. 489-496.

superpoblación en el sistema penitenciario tuvo como resultado la derivación de los delincuentes con trastorno mental al sistema sanitario, donde las camas se limitaban a un número escaso en hospitales generales<sup>231</sup>. Este proceso fue considerado como una “criminalización” de los enfermos mentales, y en parte puede explicar el aumento de historiales delictivos o violentos en pacientes psiquiátricos<sup>232</sup>. Para numerosos autores, este hecho favoreció la visión estereotipada de las personas con un trastorno mental grave y las consecuencias negativas asociadas al estigma, como el aislamiento, la segregación o el rechazo<sup>233</sup>.

Una gran parte de la literatura científica ha considerado, y todavía es así, la inexistencia de relaciones entre enfermedad mental y violencia. Sin embargo, es de destacar que entre los profesionales que trabajan en la asistencia a estos pacientes, o los familiares que conviven con ellos, la idea de que son potencialmente más violentos, que aquellos no afectados por trastornos mentales, es una consideración habitual y esta opinión probablemente tenga su fundamento en que ellos son las víctimas más frecuentes de la violencia ejercida por los enfermos mentales<sup>234</sup>. Por otra parte, después de un período de tiempo en el que la violencia en los enfermos mentales no tenía connotaciones diferentes a lo ocurrido en el resto de la población general, el análisis de esta relación fue objeto de revisión. Las razones son varias y entre ellas destacamos las principales como son las limitaciones de los estudios realizados, las consecuencias de la “desmanicomialización”, los nuevos tratamientos ambulatorios de los trastornos mentales graves, las mejoras de la integración social de las

---

<sup>231</sup> RABKIN, J. G. “Criminal behavior of discharged mental patients: a critical appraisal of the research”, *Psychological Bulletin*, Vol. 86, 1979, págs. 1-27.

<sup>232</sup> SKEEM, J. L., MULVEY, E. P., APPELBAUM, P. S., BANKS, S., GRISSO, T., SILVER, E. “Identifying subtypes of civil psychiatric patients at high risk for violence”, *Criminal Justice and Behavior*, Vol. 31, 2004, págs. 392-437.

<sup>233</sup> SWANSON, J. W., SWARTZ, M. S., BORUM, R., HIDAY, V. A., WAGNER, R., BURNS, B. J. “Involuntary outpatient commitment and reduction of violent behavior in persons with severe mental illness”, *British Journal of Psychiatry*, Vol. 176, 2000, págs. 324-331/ARANGO, C., CALCEDO BARBA, A., GONZALEZ SALVADOR, T., CALCEDO ORDOÑEZ, A. “Violence in Inpatients with Schizophrenia: a Prsopective Study”, *Schizophrenia Bulletin*, Vol. 25, 1999, págs. 493-503/MARZUK, P. M. “Violence, Crime, and Mental Illness. How Strong a Link?”, *Archives of General Psychiatry*, Vol. 53, 1996, págs. 481-486/SWANSON, J. W., BORUM, R., SWARTZ, M. S., MONAHAN, J. “Psychotic symptoms and disorders and the risk of violent behaviour”, *Criminal behavior and mental health*, Vol. 6, 1996, págs. 317-338.

<sup>234</sup> KARIN ARBACH, K., ANDRÉS PUEYO, A. “Valoración del riesgo...” ob cit., págs. 174-186.



personas que los sufren, la extensión del consumo de drogas y otros elementos criminogénicos y el avance de las ciencias forenses en el ámbito de la delincuencia.

Las evidencias que justifican la existencia de una relación contrastada entre enfermedad mental y violencia son claras y provienen de estudios de prevalencia de la violencia en personas con enfermedad mental, de los trastornos mentales en personas que han cometido actos violentos y están o han estado en contacto con el sistema de justicia penal y también de estudios epidemiológicos comunitarios diseñados específicamente para descubrir la prevalencia conjunta del trastorno mental y la conducta violenta<sup>235</sup>. Así pues, los trabajos publicados sobre la relación entre trastorno mental y conducta violenta son muy heterogéneos en cuanto a su planteamiento, metodología y, consecuentemente, en relación a los resultados obtenidos. Sin entrar en disquisiciones detalladas sobre el diseño, la representatividad de las muestras, los instrumentos con sus características psicométricas, es preciso realizar las siguientes consideraciones.

En primer lugar, los estudios transversales, que comparan variables en un momento dado, cuyos ejemplos más frecuentes son la encuesta en muestras epidemiológicas y el estudio de casos y controles, permiten establecer la existencia de asociaciones estadísticamente significativas, pero en ningún caso una relación causal. Es fundamental que el diseño garantice la representatividad de los encuestados respecto a la población general, para la primera de las situaciones y definir con la máxima precisión la selección de los casos, así como los controles en el estudio de casos y controles.

En segundo lugar, los estudios longitudinales, que buscan añadir la dimensión temporal y por tanto dar un paso más en el establecimiento de hipótesis sobre una relación causal, cuando son retrospectivos tienen la limitación grave del posible sesgo de recuerdo, por lo que su validez es cuestionable.

Finalmente, dada la imposibilidad ética de realizar estudios verdaderamente experimentales, el escalón siguiente, en cuanto a fuerza probatoria de posibles relaciones causales, corresponde a los estudios longitudinales prospectivos. Dado que en ellos no existe un control directo de las variables en estudio, es muy importante poder controlar las variables que pueden modificar el resultado final, sin ser estrictamente los factores causales en estudio,

---

<sup>235</sup> MONAHAN, J. "Mental disorder and violent behavior", *American Psychologist*, Vol. 47, 1992, págs. 511-521.

tanto para poder llegar a conclusiones sobre qué factores intervienen realmente, como para poder, en función de ese conocimiento, diseñar intervenciones efectivas para su modificación<sup>236</sup>.

Por otra parte, la búsqueda de una relación entre la presencia de un trastorno mental y las conductas violentas se puede hacer en sentido directo (estudiar la frecuencia de conductas violentas en personas con trastornos mentales), inverso (determinar la presencia de trastornos mentales en muestras de personas detenidas por delitos violentos), y finalmente en muestras procedentes de la comunidad. Cada una de estas estrategias tiene sus posibles sesgos, pues en el primer caso la definición de “conductas violentas” puede ser muy variable, la recogida de estas depende de la fuente de información y además, en muchos casos, la relación se establece entre un diagnóstico hecho en algún momento de la vida de la persona y conductas que pueden producirse en otro, con lo que la relación entre los síntomas activos del trastorno y las conductas violentas no siempre se contempla. Por otra parte, en el caso de las muestras de personas detenidas o condenadas por delitos violentos, no está claro que aquellas que padecen un trastorno mental grave no puedan estar sobrerrepresentadas debido a que sean “más fáciles de detener”. Finalmente, en los estudios de muestras comunitarias no se encuentran representados los casos más graves, que se ingresan en instituciones psiquiátricas o penitenciarias; esta última dificultad se puede solventar si el estudio se realiza con base en los registros poblacionales y se recoge información de todos los seleccionados, estén donde estén, lo que requiere una considerable inversión de recursos.

Una vez matizadas las anteriores consideraciones, vamos a realizar un breve análisis de algunas de las publicaciones más representativas recogidos en la literatura científica.

---

<sup>236</sup> KRAEMER, H. C., STICE, E., KAZDIN, A., OFFORD, D., KUPFER, D. “How do risk factors work together? Mediators, moderators, and independent, overlapping and proxy risk factors”. *American Journal of Psychiatry*, Vol. 158, 2001, págs. 848-856.

## II. ANÁLISIS BIBLIOGRÁFICO DE LA ASOCIACIÓN ENTRE ENFERMEDAD MENTAL Y VIOLENCIA

Es clásico el estudio de Hodgins que exploró los registros psiquiátricos y policiales de una cohorte compuesta por 15.117 personas nacidas en Estocolmo en 1953 y que aún vivían en Suecia a los 30 años<sup>237</sup>. Los varones que habían desarrollado un trastorno mental grave, mostraron un riesgo relativo 2,5 veces mayor para todos los delitos criminales y 4 veces mayor para los delitos violentos comparados con los que no tenían trastorno mental. En los sujetos con abuso o dependencia de sustancias o drogas, el riesgo fue 20 veces mayor que en aquellos sin trastorno mental. También en las mujeres con trastorno mental grave, el riesgo fue 5 veces mayor para los delitos comunes y 27 veces mayor para los delitos violentos, en comparación con las mujeres sin trastorno. Hay que destacar que no se encontró que el riesgo de desarrollar un trastorno por abuso de sustancias concurrente variara significativamente según categorías diagnósticas (esquizofrenia, trastorno afectivo grave, estados paranoides y otras psicosis).

Este mismo autor, en un estudio posterior obtuvo los registros de admisiones psiquiátricas y de condenas por delitos violentos para la cohorte nacida entre 1944 y 1947 y que vivían, en Dinamarca en 1990<sup>238</sup>. La muestra estuvo compuesta por 158.799 mujeres y 165.602 hombres. Se comparó la prevalencia, tipo y frecuencia de condenas entre quienes habían sido hospitalizados por diferentes trastornos psiquiátricos (6,6% del total de la muestra, de estos 2,2% fue ingresado por un trastorno mental grave) y las personas nunca ingresadas. En las mujeres, todos los grupos diagnósticos tenían un riesgo de delincuencia ente 3 y 10 veces mayor, comparados con quienes no tenían trastorno mental. En los hombres, todos los grupos diagnósticos también tenían un riesgo incrementado, que era 2 y 7 veces para las condenas criminales<sup>239</sup>. En un nuevo análisis de estos datos, se observó que aun después de controlar factores demográficos, el abuso de sustancias y los trastornos de personalidad,

---

<sup>237</sup> HODGINS, S. "Mental disorder, intellectual deficiency, and crime", *Archives of General Psychiatry*, Vol. 49, 1992, págs. 476-483.

<sup>238</sup> HODGINS, S., MEDNICK, S., BRENNAN, P., SCHULSINGER, F., ENGBERG, M. "Mental disorder and crime. Evidence from a Danish birth cohort", *Archives of General Psychiatry*, Vol. 53, 1996, págs. 489-496.

<sup>239</sup> BRENNAN, P. A., ALDEN, A. "Schizophrenia and violence: the overlap", en RAINE, A. *Crime and Schizophrenia: Causes and Cures*, Nova Science Publishers, Inc., 2006, págs. 15-27/HODGINS, S., MEDNICK, S., BRENNAN, P., SCHULSINGER, F., ENGBERG, M. "Mental disorder and crime. Evidence from a Danish birth cohort", *Archives of General Psychiatry*, Vol. 53, 1996, págs. 489-496.

los individuos con un trastorno mental mostraban una mayor probabilidad de tener en su historial alguna detención por delitos violentos, en comparación con los individuos que nunca habían sido hospitalizados; aunque la relación disminuyó tras el control de aquellas variables<sup>240</sup>. La esquizofrenia, especialmente la de tipo paranoide, fue el único trastorno mental asociado con un riesgo incrementado de conducta violenta en ambos sexos.

En Finlandia, Tiiyhonen y otros<sup>241</sup> siguieron durante 26 años una cohorte nacida en 1966 de 12.058 individuos, concluyeron, que varios trastornos mentales específicos, como la esquizofrenia y los trastornos afectivos con síntomas psicóticos están asociados con un riesgo elevado para el comportamiento criminal y violento. El riesgo de delitos violentos en los varones con esquizofrenia fue 7 veces mayor que en aquellos sin trastorno mental, aun después de controlar el estatus socioeconómico y el abuso de sustancias. Estos autores descubrieron que más de la mitad de las personas con esquizofrenia tenía problemas con el alcohol y que las tasas de violencia se incrementaba del 7,5% en pacientes con esquizofrenia, al 36,4% en los casos en que la esquizofrenia coexistía con el abuso de sustancias.

Probablemente el estudio que puede aportar los datos más completos, en lo relativo a la asociación entre padecer un trastorno mental y manifestar conductas violentas en personas residentes en la comunidad, es el publicado por Swanson y otros<sup>242</sup>. Realizaron una encuesta a 10.000 personas en cinco ciudades de Estados Unidos, en la que se recogían datos mediante una entrevista semiestructurada para poder realizar diagnósticos siguiendo el DSM-III, y también una valoración de la existencia de conductas violentas diversas. Los diagnósticos incluidos en el análisis fueron: esquizofrenia, depresión mayor, trastorno bipolar o manía, abuso o dependencia del alcohol, abuso o dependencia de otras drogas, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno por crisis de angustia (“ataques de pánico”), y fobias, que finalmente, por razones metodológicas se agruparon en cuatro epígrafes: trastornos de ansiedad (en los tres últimos), trastornos espectro esquizofrénico, trastornos afectivos y abuso/dependencia de

---

<sup>240</sup> BRENNAN, P. A., MEDNICK, S. A., HODGINS, S. “Major mental disorders and criminal violence in a Danish birth cohort”, *Archives of General Psychiatry*, Vol. 57, 2000, págs. 494-500.

<sup>241</sup> TIIHONEN, J., ISOHANNI, M., RÄSÄNEN, P., KOIRANEN, M., MORING, J. „Specific major mental disorders and criminality: A 26 year prospective study of the 1966 northern Finland birth cohort”, *The American Journal of Psychiatry*, Vol. 154, 1997, págs. 840-845.

<sup>242</sup> SWANSON, J. W., HOLZER, C. E., GANJU, V. K., JONO, R. T. “Violence and the psychiatric disorder in the community: Evidence from the Epidemiologic Catchment Area surveys”, *Hospital y Community Psychiatry*, Vol. 41, 1990, págs.761-770.

sustancias. Por su parte, la presencia de conductas violentas se tomó como positiva si en el año previo a la realización de la encuesta se había realizado al menos una de las referidas más arriba. Finalmente se construyó un modelo de regresión logística para determinar qué variables (incluyendo las sociodemográficas como raza, género, edad, nivel socioeconómico y lugar de residencia) se asociaban de forma significativa a la presentación de conductas violentas.

De un forma resumida, los resultados mostraban que padecer un trastorno mental diagnosticable con las categorías DSM-III conllevaba la existencia de un mayor riesgo relativo de conductas violentas, en correlación directa entre frecuencia de tales conductas y número de diagnósticos que se podían realizar. Sin embargo, el aumento del riesgo de conductas violentas no era homogéneo para todos los trastornos, ya que padecer un trastorno de ansiedad sin otra comorbilidad no se asociaba con un aumento significativo del riesgo de conductas violentas, la presencia de solo un trastorno afectivo incrementaba dicho riesgo de una forma muy discreta, mientras que el incremento más importante del riesgo se asociaba a la existencia de abuso o dependencia de alcohol u otras drogas (entre 10 y 15 veces más). Con los casos que se diagnosticaron en el espectro de la esquizofrenia ocurría una situación intermedia: globalmente presentaban conductas violentas con una frecuencia cuatro veces superior a la de la población sin diagnóstico psiquiátrico, pero ese nivel de riesgo se reducía de manera muy importante si no había un problema de comorbilidad asociada (generalmente de abuso de sustancias, pero también de otros problemas psiquiátricos, quizás indicando una situación de mal control clínico).

De las variables sociodemográficas analizadas, solo tres mostraron una relación significativa con las conductas violentas: el género (los varones mostraron una frecuencia más de dos veces superior a la de las mujeres), la edad (el grupo entre 18 y 29 años duplicó en riesgo al de 30-44 años, cuadruplicó al de 45-65 y fue siete veces superior al de mayores de 65 años), y el nivel socioeconómico bajo (que triplicó en riesgo al nivel más alto). En el modelo de regresión logística, las variables que resultaron predictoras de conductas violentas, de manera estadísticamente significativa, fueron: género (varón), edad (joven), nivel socioeconómico (bajo), diagnóstico de abuso de sustancias, y diagnóstico de trastorno mental grave (categoría dicotómica creada combinando los trastornos del espectro esquizofrénico y

los trastornos afectivos)<sup>243</sup>. Esta última era la que menos peso tenía de todas las variables que se incluían en el modelo, pero aun así resultaba significativa.

Los autores concluyen que padecer un trastorno mental grave se asocia a un riesgo estadísticamente significativo de presentar conductas violentas, pero que si se excluye la comorbilidad con el abuso/dependencia de sustancias, dicho riesgo es limitado y no justifica la toma de medidas que supongan la exclusión de este colectivo de personas del tratamiento en la comunidad. Por otra parte los resultados son un claro indicador de la necesidad de desarrollar más y mejores métodos de tratamiento para los pacientes con patología dual (trastorno mental grave y abuso/dependencia de sustancias), entre otros motivos por la relación ya mencionada con las conductas violentas.

Las limitaciones del estudio, mencionadas por los propios autores, incluyen que las conductas violentas fueron informadas por los propios sujetos, la imposibilidad de evaluar la gravedad y frecuencia de las conductas violentas y la dificultad de atribuir la conducta violenta a un trastorno concreto, cuando se diagnosticaba más de uno, dada la falta de estructura jerárquica del DSM-III<sup>244</sup>. A esto hay que añadir, desde nuestro punto de vista, la falta de información sobre si había o no un diagnóstico formal y un tratamiento específico, lo que podría haber añadido un punto de mayor discriminación. No obstante con todas estas salvedades, los datos básicos de este trabajo continúan siendo una referencia que no ha sido rebatida (a lo sumo matizada o modificada en alguno de sus puntos), por las investigaciones posteriores.

Otro estudio destacado es el realizado en New York por Link y otros autores<sup>245</sup>. Sus datos provienen de una encuesta realizada sobre una muestra de 753 personas que comprendía pacientes psiquiátricos, ambulatorios e internos, y población general. El 14% del total de la muestra autoinformó haber sido arrestado alguna vez frente al 8,6% que constaba en los registros oficiales. Los pacientes psiquiátricos mostraron tasas más elevadas de conducta violenta, tanto en los registros oficiales como en los autoinformes, al ser comparados con la

---

<sup>243</sup> SWANSON, J. W., HOLZER, C. E. "Violence and ECA data", *Hospital community psychiatry*, Vol. 42, 1991, págs. 954-955.

<sup>244</sup> ERONEN, M., ANGERMEYER, M. C., SCHULZE, B. "The psychiatric epidemiology of violent behaviour", *Society Psychiatry Psychiatric Epidemiol*, Vol. 33, 1998, págs. 13-23.

<sup>245</sup> LINK, B., ANDREWS, H., CULLEN, F. T. "The violent and illegal behavior of mental patients reconsidered", *American Sociological Review*, Vol. 57, 1992, págs. 275-292.

población de la comunidad que nunca había recibido un tratamiento psiquiátrico. En los pacientes, el riesgo de violencia fue 2 a 3 veces mayor que en la muestra comunitaria nunca tratada, y no hubo diferencias significativas entre ellos. Ser varón, joven, de bajo nivel educativo y vivir en barrios con alto potencial delictivo son variables que se asociaron significativamente con el riesgo de violencia. Sin embargo, aun cuando una extensa lista de factores sociodemográficos y personales, incluido el uso de alcohol o drogas, habían sido controlados, las diferencias significativas en la tasa de conducta violenta entre pacientes y población general permanecían de forma sistemática, y sólo desaparecían al ser controlada la sintomatología psicótica actual con independencia del grupo de pertenencia. Es decir, la escala de síntomas psicóticos fue la única variable que explicó la diferencia entre los grupos violentos y no violentos, aun entre los residentes nunca tratados. El hecho de que los síntomas psicóticos expliquen tales diferencias, no significa que estos síntomas sean una causa potente de violencia en la sociedad, ni permiten concluir que los síntomas *per se* causen la violencia, de hecho la diferencia entre los grupos, aunque significativa, resultó modesta.

Los estudios anteriores sugieren que las personas que experimentan síntomas de un trastorno mental severo, manifiestan conductas violentas en tasas varias veces superiores, a los miembros de la población general sin trastorno mental, y que esta diferencia persiste aun cuando se tiene en cuenta una amplia gama de factores sociales y demográficos.

En el año 2009 se publicó otro estudio que complementa los anteriores<sup>246</sup>, en el que se realizó una encuesta epidemiológica en doble fase (con un intervalo promedio de tres años entre las dos entrevistas) a más de 34.000 personas por parte del Instituto Nacional para Abuso de Alcohol y el Alcoholismo de los EEUU (The National Edpidemiologis Survey on Alcohol and Related Condition –NESARC-). Los datos obtenidos en la primera fase se utilizaron de forma prospectiva como variables predictoras de posibles conductas violentas a valorar en la segunda fase.

El 10,9% de la muestra de personas entrevistadas fueron diagnosticados de esquizofrenia, trastorno bipolar o depresión mayor (sin comorbilidad con abuso/dependencia de sustancias), mientras que el 9,4% tenían ambos tipos de problemas (trastorno mental grave más sustancias), y el 21,4% fueron diagnosticados de abuso/dependencia sin otro trastorno

---

<sup>246</sup> ELBOGEN, E. B., JOHNSON, S.C. “The intricate link between violence and mental disorder”, *Archives of General Psychiatry*, Vol. 66, 2009, págs. 152-161.

mental. El 2,9% de la muestra refirió algún tipo de conducta violenta entre las dos fases del estudio, siendo en el 1% de casos catalogada como grave y en el 1,2% se consideró asociada al consumo de sustancias. Al analizar la posible asociación estadística de los diferentes diagnósticos con la presentación de conductas violentas, se puso de manifiesto que la presencia de un trastorno mental grave sin abuso/dependencia de sustancias asociado, no alcanzaba niveles de significación estadística, algo que fue corroborado con más claridad en el análisis de regresión logística, en el que los resultados mostraron que de los diez factores que proporcionaban un peso relevante en el modelo, el único relacionado con la clínica era la presencia de un trastorno mental grave asociado al consumo de sustancias, y era el noveno por su peso relativo.

El punto fuerte de este estudio es que reduce de manera clara el riesgo de sesgo de muestreo que, tal como se ha comentado con anterioridad, suele ser un problema difícil de solucionar con los estudios transversales. Por el contrario, los datos recogidos no suelen ser muy detallados, al menos en lo que se refiere a aspectos clínicos específicos, relación terapéutica, y otros de los denominados contextuales, por lo que varios de los factores de confusión ya mencionados no pueden ser controlados.

Otro estudio, presenta los resultados del seguimiento directo de una cohorte de 961 sujetos nacidos en Nueva Zelanda, a intervalos de 2-3 años hasta la edad de 21 años<sup>247</sup>. Los individuos con dependencia del alcohol, marihuana y trastornos del espectro esquizofrénico presentaron un riesgo de conductas violentas 1,9, 3,8 y 2,5 veces superior, respectivamente, comparados con los controles. En este caso los autores sí recogieron datos sobre el tratamiento y observaron que la mayoría de los sujetos estaban sin tratamiento: sólo el 8,1% estaba recibiendo psicofármacos y el 3,1% había sido hospitalizado en el año previo, por lo que concluyen que su estudio “sugiere que una proporción significativa de la carga de violencia que atemoriza al público en general puede ser atribuida a adultos jóvenes con tendencia a los trastornos del espectro esquizofrénico o a la dependencia de sustancias, muchos de los cuales no han sido hospitalizados o tratados”.

---

<sup>247</sup> ARSENEAULT, L., MOFFITT, T. E., CASPI, A., TAYLOR, P. J., SILVA, P. A. “Mental disorders and violence in a total birth cohort: results from the Dunedin study”. *Archives of General Psychiatry*, Vol. 57, 2000, págs. 979-986.



Partiendo de los anteriores estudios, se constata que los trastornos que ocupan habitualmente los primeros lugares, como factores de riesgo de conductas delictivas en general, y de conductas violentas en particular, son los asociados al abuso/dependencia de sustancias, el trastorno antisocial/disocial de personalidad, y las psicosis (agrupadas también con frecuencia bajo el epígrafe de “trastorno mental grave”). Sin embargo, cuando nos referimos a “peligrosidad” o a riesgo de conductas violentas ligadas a trastorno mental, se tiende a pensar de manera casi automática en las psicosis, quizás porque el trastorno antisocial y las adicciones no se asocian en la imaginación colectiva en el mismo nivel de “enfermedad mental”, a lo que hay que añadir la reforma asistencial en los pacientes con trastornos mentales (la denominada “desinstitucionalización”) que afectó fundamentalmente a estos sujetos, y generó la creencia de ser causa del incremento de los delitos violentos cometidos por estos individuos, como también se ha señalado con anterioridad<sup>248</sup>.

No es extraño, por tanto, que las psicosis en general, y la esquizofrenia en particular, hayan sido tema de estudio de un importante número de trabajos, y que el debate, en gran parte, esté centrado en saber si estos trastornos, en ausencia de asociación o comorbilidad con los problemas derivados del consumo de drogas, o el trastorno antisocial/disocial de personalidad es causa o no de un aumento relevante de las conductas violentas<sup>249</sup>.

Una conclusión general a los resultados obtenidos por los diferentes estudios es que las conductas violentas parecen ligadas a distintos factores de riesgo según el contexto: en los pacientes hospitalizados se asocian claramente a una mayor psicopatología, la falta de conciencia de enfermedad, y a la presencia de episodios de agresividad en la semana previa al ingreso, mientras que en los pacientes atendidos de forma ambulatoria en la comunidad parece que los factores de riesgo muestran una mayor similitud a los de las personas que delinquen sin tener un trastorno mental grave, es decir, la edad (joven), género (masculino),

---

<sup>248</sup> MULLEN, P., BURGESS, P., WALLACE, C., PALMER, S., RUSCHENA, D. “Community care and criminal offending in schizophrenia”, *The Lancet*, Vol. 355, 2000, págs. 614- 617.

<sup>249</sup> TAYLOR, P. J., ESTROFF, S. E. “Schizophrenia and violence”, en HIRSCH, S. R., WEINBERGER, D. R. *Schizophrenia*, Blackwell Publishing, Oxford, 2003, págs. 591-612/GONZÁLEZ PARRA, S., MOLINA, J. D., HUERTAS, D., BLASCO-FONTECILLA, H., MORA-MÍNGUEZ, F., PASCUAL-PINAZO, F. “Violencia asociada con los trastornos esquizofrénicos”. *Archivos de Psiquiatría*, Vol. 71, 2010, págs. 109-127/IBISHI, N. F, MUSLIU, N. R., HUNDOZI, Z., CITAKU, K. “Prevalence of the hospitalisation of mentally ill offenders in the Forensic Unit of the Clinic of Psychiatry in Pristina over a three-year period and long-term strategy implications for the management of the Forensic Mental Health System Service”, *Medical Science and Law*, 2014.

antecedentes de violencia, abuso/dependencia de drogas y rasgos antisociales de personalidad<sup>250</sup>. El trastorno esquizofrénico, por sí mismo, parece conferir un incremento del riesgo de conductas violentas, lo que algunos autores han ligado de forma más específica a la presencia de ideas delirantes de persecución, amenaza o ser controlados por otras personas. Sin embargo, esta consideración es discutida y descartada por varios autores mediante la aplicación del MacArthur Violence Risk Assessment Study, comentado en el anterior capítulo<sup>251</sup>.

Otra de las conclusiones más compartida es que las conductas violentas que llevan a cabo las personas con un trastorno esquizofrénico se dirigen, en la mayoría de los casos, contra personas de su entorno cercano (familia y amigos próximos), lo que contradice cierta fantasía generalizada de que las personas con un trastorno mental grave suponen una amenaza indiscriminada para la población general y justificaría tomar medidas de control excepcional sobre estas personas<sup>252</sup>. Nielssen y otros<sup>253</sup> concluyen que un porcentaje significativo de los actos violentos cometidos por personas con esquizofrenia lo hacen en su primer episodio de psicosis, lo que obliga a replantearse cuáles pueden ser los mecanismos implicados. Los autores plantean como hipótesis que se pueden combinar la hiperactividad del sistema límbico y la amígdala (posibles disparadores de la agresividad) con la disminución de inhibición frontal, y que ambos mecanismos son contrarrestados de manera eficaz por los antipsicóticos.

Otra aproximación incluye analizar el ambiente familiar, entendiendo como factores relevantes la existencia de delitos violentos en los padres de pacientes con esquizofrenia (factor que iguala en valor predictivo a otros factores sociodemográficos), o en hermanos no psicóticos, lo que hace pensar en la posibilidad de una influencia genética o del ambiente

---

<sup>250</sup> ARANGO, C., CALCEDO BARBA, A., GONZALEZ SALVADOR, T., CALCEDO ORDOÑEZ, A. "Violence in Inpatients...", ob cit., págs. 493-503.

<sup>251</sup> APPELBAUM, P. S., CLARK ROBINS, P., MONAHAN, J. "Violence and Delusions: Data from the MacArthur Violence Risk Assessment Study", *American Journal of Psychiatry*, Vol. 157, 2000, págs. 566-572.

<sup>252</sup> MONAHAN, J., STEADMAN, H. J., APPELBAUM, P. S., ROBBINS, P. C., MULVEY, E. P., SILVER, E., ROTH, L.H., GRISSO, T. "Developing a clinically useful actuarial tool for assessing violence risk", *British Journal of Psychiatry*, Vol. 176, 2000, págs. 312-319/MULLEN, P., BURGESS, P., WALLACE, C., PALMER, S., RUSCHENA, D. "Community care and criminal offending in schizophrenia" *The Lancet*, Vol. 355, 2000, págs. 614- 617.

<sup>253</sup> NIELSSEN, O. B., MALHI, G. S., MCGORRY, P. D., LARGE, M. M. "Overview of violence to self and others during the first episode of psychosis", *Journal Clinical Psychiatry*, Vol. 73, 2012, págs. 580-587.

temprano en la probabilidad de aparición de conductas violentas, independientemente del diagnóstico psiquiátrico específico<sup>254</sup>.

En lo que respecta a los trastornos afectivos, sobre todo en las formas más graves (con síntomas psicóticos), también pueden acarrear un aumento del riesgo de aparición de conductas violentas. Sin embargo, esta categoría de trastornos ha recibido una atención más reducida en la literatura y ocupa un lugar menos llamativo en el imaginario colectivo. Una excepción la constituyen los casos de lo que se denomina “suicidio ampliado”, en los que un sujeto con un cuadro depresivo, en general con síntomas psicóticos, pone fin a la vida de algunas personas de su entorno antes de acabar con la propia, todo ello con la intención, generalmente expresada con antelación, de terminar con una situación de sufrimiento insostenible<sup>255</sup>. Este tipo de conductas violentas forma parte de un grupo delictivo más amplio, el binomio homicidio-suicidio, cuyo análisis es de gran complejidad, dado que, en la mayoría de los casos de muerte de los implicados impide recoger datos suficientes para poder analizar con un mínimo de certeza cuáles fueron los desencadenantes<sup>256</sup>.

La literatura específica sobre las conductas violentas en pacientes con trastorno bipolar es escasa y apunta que en estos casos es relevante la presencia de rasgos de personalidad antisocial, un curso en el que predominan las fases maníacas y el déficit en la inhibición de respuestas como factores más significativos<sup>257</sup>. Davison y Janca<sup>258</sup> han publicado una extensa

<sup>254</sup> FAZEL, S., LÅNGSTRÖM, N., HJERN, A., GRANN, M., LICHTENSTEIN, P. “Schizophrenia, substance abuse, and violent crime”, *Jama*, 2009<sup>a</sup>, Vol.19, págs. 2016-2023/FAZEL, S., GRANN, M., CARLSTRÖM, E., LICHTENSTEIN, P., LÅNGSTRÖM, N. “Risk factors for violent crime in Schizophrenia: a national cohort study of 13,806 patients”, *Journal Clinical Psychiatry*, Vol. 70, 2009b, págs. 362-369/FAZEL, S., BUXRUD, P., RUCHKIN, V., GRANN, M. “Homicide in discharged patients with schizophrenia and other psychoses: a national case-control study”, *Schizophreny Res*”, Vol. 123, 2010, págs. 263-269.

<sup>255</sup> MESZAROS, K., FISCHER-DAZINGER, D. “Extended suicide attempt: psychopathology, personality and risk factors”. *Psychopathology*, Vol. 33, 2000, págs. 5-10/FAZEL, S., WOLF, A., GEDDES, J. R. “Suicide in prisoners with bipolar disorder and other psychiatric disorders: a systematic review”, *Bipolar Disorder*, Vol. 15, 2013, págs. 491-495.

<sup>256</sup> ROSENBAUM, M. “The role of depression in couples involved in murder suicide and homicide”, *American Journal of Psychiatry*, Vol. 147, 1990, págs. 1036-1039.

<sup>257</sup> SWANN, A. C. “Antisocial personality and bipolar disorder: interactions in impulsivity and course of illness”, *Neuropsychiatry*, Vol. 1, 2011, págs. 599-610/SWANN, A. C., LIJFFIJT, M., LANE, S. D., STEINBERG, J. L., MOELLER, F. G. “Interacting mechanisms of impulsivity in bipolar disorder and antisocial personality disorder”, *Journal Psychiatry Res*, Vol. 45, 2011, págs. 1477-1482.

<sup>258</sup> DAVINSON, S., JANCA, A. “Personality disorder and criminal behaviour: what is the nature of the relationship?”, *Currenta Opinion in Psychiatry*, Vol. 25, 2011, págs. 39-45.

revisión sobre la frecuencia de los trastornos de personalidad y la conducta violenta, en la que confirman la frecuencia de trastorno antisocial de la personalidad en las poblaciones encarceladas o en recursos de psiquiatría forense, aunque insisten en la trampa que puede entrañar la propia definición de dicho trastorno, que en el DSM-IV incluye los arrestos frecuentes y en la CIE-10 la existencia de una gran disparidad entre la conducta y las normas sociales prevalentes. Un dato sorprendente es la falta de correlación entre el trastorno límite de personalidad y la conducta delictiva, algo que los autores explican por la alta frecuencia de comorbilidad entre este trastorno y el trastorno antisocial de la personalidad, de tal forma que cuando se controla por la presencia de este último, el trastorno límite no añade un riesgo adicional.

Finalmente es preciso hacer una mención a los trastornos por abuso/dependencia de sustancias, repetidamente mencionados como uno de los factores que, por sí solos o asociados a otros trastornos mentales, conllevan un incremento significativo del riesgo de conductas violentas.

Más allá de lo reseñado, los estudios con población penitenciaria apoyan la idea de una relación entre enfermedad mental y violencia. Aunque las prisiones y las personas encarceladas varían según los países, es posible extraer la idea de que la morbilidad psiquiátrica, incluida la esquizofrenia, es mayor en la población penitenciaria que en población general, y que los trastornos por abuso de sustancias y alcohol constituyen uno de los mayores problemas que deben afrontar los profesionales que trabajan con esta población<sup>259</sup>. A principios del presente siglo, según datos publicados por Walmsley, se estima en 9 millones las personas encarceladas en todo el mundo, de los cuales 2 millones están en cárceles de EEUU. Son numerosos los estudios que se han realizado en prisiones para valorar

---

<sup>259</sup> ANDERSEN, H. S. "Mental health in prison populations. A review with special emphasis on a study of Danish prisoners on remand, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Vol. 110, 2004, págs. 5-59/HODGINS, S. "The major mental disorders and crime: Stop debating and start treating and preventing", *Journal of Law and Psychiatry*, Vol. 24, 2001, págs. 427-446/STUART, H., ARBOLEDA-FLÓREZ, J. "A public health perspective on violent offenses among persons with mental illness", *Psychiatric Services*, Vol. 52, 2001, págs. 654-659/WALLACE, C., MULLEN, P., BURGESS, P., PALMER, S., RUSCHENA, D., BROWNE, C. "Serious criminal offending and mental disorder", *British Journal of Psychiatry*, Vol. 172, 1998, págs. 477-484/ERONEN, M., TIIHONEN, J., HAKOLA, P. "Schizophrenia and homicidal behaviour", *Schizophrenia Bulletin*, Vol. 22, 1996, págs. 83-89/CÔTÉ, G., HODGINS, S. "The prevalence of major mental disorders among homicide offenders", *International Journal of Law and Psychiatry*, Vol. 15, 1992, págs. 88-99/HODGINS, S. "Mental disorder, intellectual deficiency, and crime", *Archives of General Psychiatry*, Vol. 49, 1992, págs. 476-483.

la incidencia de enfermedades psiquiátricas y a los que hemos considerado como más destacados nos vamos a referir a continuación.

Fazel y Danesh<sup>260</sup> realizaron una revisión sistemática de estudios y determinaron la prevalencia de enfermedad mental y las características de la población interna en prisión. Según los resultados obtenidos, concluyen que en los países occidentales, aproximadamente uno de cada siete presos padece enfermedades psicóticas o un cuadro depresivo grave (trastornos que son factores de riesgo para conductas suicidas), y uno de cada dos presos varones y una de cada cinco mujeres encarceladas tienen trastornos de la personalidad de tipo antisocial. Wallace y otros autores<sup>261</sup>, encuentran que el incremento en el porcentaje de delitos en sujetos que padecen patologías como la esquizofrenia o trastornos afectivos es pequeño y puede ser debido a la coexistencia de hábitos de consumo o trastornos de personalidad. En un metanálisis realizado por Fazel y otros autores<sup>262</sup> se concluye que el mayor riesgo de criminalidad en sujetos psicóticos se explica por la comorbilidad del abuso de sustancias, siendo similar a la existente en individuos que abusan del consumo sin psicosis.

Algunos estudios sugieren que determinados cuadros psiquiátricos pueden asociarse a ciertos tipos delictivos. Por ejemplo, Garbayo y Argolo<sup>263</sup> en un análisis realizado en un centro psiquiátrico penitenciario identifican que el homicidio intrafamiliar predomina en psicóticos y sujetos con retraso mental. A su vez, en estos individuos proporcionalmente es mayor el número de delitos sexuales que en los psicóticos. Hodgins<sup>264</sup> encuentra que en varones con esquizofrenia y trastornos afectivos graves hay una probabilidad 2,5 mayor de cometer un delito y cuatro veces mayor de cometer un delito violento que en varones sin enfermedad mental. En Brasil, una investigación realizada en un centro psiquiátrico

---

<sup>260</sup> FAZEL, S., DANESH, J. "Serious mental disorder in 23000 prisoners: a systematic review of 62 surveys", *Lancet*, Vol. 359, 2002, págs. 545-550.

<sup>261</sup> WALLACE, C., MULLEN, P., BURGESS, P., PALMER, S., RUSCHENA, D., BROWNE, C. "Serious criminal offending and mental disorder. Case linkage study", *British Journal Psychiatry*, Vol. 172, 1998, págs. 477-484.

<sup>262</sup> FAZEL, S., GULATI, G., LINSELL, L., GEDDES, J. R., GRANN, M. "Schizophrenia and violence: systematic review and meta-analysis", *PLoS Med*, Vol. 6, 2009, págs. 100-120.

<sup>263</sup> GARBAYO, J., ARGOLO, M. J. "Crime and mental disorders: profile of a group of inmates in a custody hospital in Rio de Janeiro", *Journal Brasil Psiquiatria*, Vol. 57, 2008, págs. 247-252.

<sup>264</sup> HODGINS, S. "Mental disorder, intellectual deficiency, and crime", *Archives of General Psychiatry*, Vol. 49, 1992, págs. 476-483.

penitenciario muestra una asociación positiva entre esquizofrenia y otras psicosis, y la comisión de delitos violentos particularmente homicidios<sup>265</sup>.

Ponde y otros<sup>266</sup> identifican la correlación entre el delito cometido por el detenido y la presencia de un trastorno psiquiátrico específico en dos prisiones brasileñas y confirman una mayor prevalencia de patología psiquiátrica en prisioneros cuando se compara con la población general. La elevada prevalencia de individuos con antecedentes penales previos indica que se trata de una población en la que la recaída criminal es parte de su historia vital.

Las implicaciones de estos hallazgos son varias.

En primer lugar, el riesgo de padecer graves trastornos psiquiátricos es sustancialmente más alto en los presos que en la población general. Dos veces mayor en lo que respecta a la enfermedad psicótica, cuatro para la depresión grave y diez veces para el trastorno de la personalidad antisocial. No obstante, es necesario investigar si es causa de la estancia en prisión, consecuencia, o resultado de ambas cosas.

En segundo lugar, la prevalencia de patología mental en presos es considerable y dada la limitación de recursos de la mayoría de las cárceles, es dudoso que reciban la atención adecuada, según establece el Convenio Europeo de Derechos Humanos.

A este hecho hay que añadir y poner de relieve que la mayoría de los estudios provienen de países occidentales, por lo que hay que alertar sobre lo que ocurre en países no desarrollados, en donde el respeto a los derechos humanos está en entredicho.

---

<sup>265</sup> TEIXEIRA, E. H., DALGALARRONDO, P. "Crime, psychiatric diagnosis and victims' profiles: a study with the sample of a criminal-psychiatric ward in Sao Paulo", *Journal Brasil Psiquiatria*, Vol. 55, 2006, págs. 192-149.

<sup>266</sup> PONDE, M. P., FREIRE, A. C., MENDONÇA M. S. The prevalence of mental disorders in prisoners in the city of Salvador, Bahia, Brazil", *Journal Forensic Science*, Vol. 56, 2011, págs. 679-682/PONDE, M. P., CARON, J., MENDONÇA, M. S., FREIRE, A. C., MOREAU, N. The Relationship Between Mental Disorders and Types of Crime in Inmates in a Brazilian Prison", *Journal Forensic Science*, 2014, pág. 37.

# **CAPÍTULO VI**

**LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD Y LA CONDUCTA VIOLENTA**





## I. LA PERSONALIDAD

Establecer una definición de personalidad universalmente aceptada es complejo. Una comúnmente utilizada es la de Allport<sup>267</sup>, para quien la personalidad es “la organización dinámica de los sistemas psicofísicos que determinan los ajustes únicos del individuo al medio circundante”. Para Millon y Davis<sup>268</sup> la personalidad constituye la forma de “percibir, sentir, pensar, afrontar y comportarse de un individuo”. Cada persona tiene un elevado número de rasgos que nos sirven para conocerla y definirla. Se manifiestan o exhiben en diversos grados y en momentos diferentes. Los rasgos deben distinguirse de los trastornos y para que puedan ser considerados como tales, es preciso que sean varios, inflexibles, desadaptativos, persistentes y que causen deterioro o malestar significativo. Muchas veces el dilema está en establecer dónde está el límite entre lo normal y lo anormal. En ocasiones no es más que una cuestión de grado y de aspectos cualitativos.

Para Carrasco y Maza<sup>269</sup> la personalidad es el conjunto de rasgos, pensamientos, sentimientos y tendencia que una persona utiliza habitualmente en sus continuas adaptaciones en la vida. Por personalidad se entiende asimismo, el conjunto de características internas, ocultas y menos aparentes del individuo. Se concibe como un patrón complejo de cualidades psicológicas profundamente arraigadas, que son en su mayor parte inconscientes y difíciles de cambiar, y que se expresan automáticamente en casi todas las áreas de funcionamiento del individuo.

---

<sup>267</sup> ALLPORT, G. W. *Pattern and growth in personality*, New York: Holt, Rinehart and Winston, 1961, págs. 39-44.

<sup>268</sup> MILLON, T., Y DAVIS, R. *Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV*, Masson, Barcelona, 1998, pág. 61.

<sup>269</sup> CARRASCO GÓMEZ, J. J., MAZA MARTÍN, J. M. “Trastornos de la personalidad”, *Psiquiatría Legal y Forense*, 2ª ed., La Ley, Madrid, 2003, pág. 1303.

## II. LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

Los criterios del DSM-5 definen el trastorno de la personalidad como un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento, que se desvía notablemente de las expectativas de la cultura del sujeto, tiene su inicio en la adolescencia o al principio de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o perjuicios para el sujeto. Además de perdurable, es un patrón inflexible y dominante en una gran variedad de situaciones personales y sociales; causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. Se trata de un patrón que no se explica mejor como una manifestación o consecuencia de otros trastornos mentales y no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia u otra afección médica.

A su vez, los criterios CIE-10 definen el trastorno de la personalidad como formas de comportamiento duraderas y profundamente arraigadas que se manifiestan como modalidades estables de respuesta.

Todas las clasificaciones actuales para los trastorno de la personalidad exigen: 1) que el comienzo del trastorno se ubique en la infancia o la adolescencia; 2) persistencia de la conducta en el tiempo y en casi todas las situaciones; 3) que cause sufrimiento personal o problemas en relación con el trabajo, relaciones sociales, etc.; 4) que no sea consecuencia de una enfermedad o abuso de sustancias psicotrópicas.

La heredabilidad de los diferentes rasgos de la personalidad es importante y oscila entre el 35% al 56%<sup>270</sup>. Las alteraciones cromosómicas más importantes se han encontrado en el cromosoma 3, cromosoma 5 (brazo corto), 11 (brazos largo y corto), 13, 17 (brazo largo), y cromosoma 22. Casi todas las anomalías están relacionadas con los receptores de la dopamina (D2, D3, D4, D5), transportadores de serotonina, actividad de tiroxina hidroxilasa, mono amino oxidasa y catecol O metiltransferasa en el cerebro. Rasgos psicopáticos/antisociales también se relacionan con lesiones precoces en la corteza órbito-frontal. Pacientes con trastorno límite presentan una carencia de receptores 5HT1 y 5HT2 en diferentes zonas del cerebro.

---

<sup>270</sup> CLONINGER, C.R. "Genética", en OLDHAM, J. M., SKODOL, A. E., BENDER, D. S. *Tratado de los Trastornos de la Personalidad*, Masson, Barcelona, 2007, págs. 84-85.

Los trastornos de personalidad tienen una relevancia jurídico-penal indiscutible, siendo una de las causas que explican la dinámica criminal y la comisión de muchos hechos delictivos. La consideración de inimputabilidad del individuo tiene un sustrato importante en estas alteraciones, así mismo constituyen un factor importante en la valoración del riesgo de violencia, determinan la fenomenología, el curso, pronóstico y respuesta al tratamiento de otros trastornos mentales y presentan una mala adaptación al medio penitenciario, con dificultades en la rehabilitación y en la reinserción. Por ello, la importancia del estudio de la personalidad desde el punto de vista clínico y forense es incuestionable. Las razones son múltiples:

- La elevada prevalencia de los trastornos de la personalidad, tanto en población general (en nuestro medio alrededor del 13%), como en población clínica (alrededor del 40%), y población forense y penitenciaria (aproximadamente de un 65%)<sup>271</sup>.

- La prevalencia de los trastornos de la personalidad en prisión es elevada comparada con la población general<sup>272</sup>. Según un estudio realizado en centros penitenciarios españoles se ha observado un 30% de trastornos de personalidad en los internos, predominando el trastorno antisocial y el límite<sup>273</sup>.

- La relativa estabilidad transtemporal y transituacional de la personalidad que permite proyectarse en el tiempo, predecir e inferir conductas posteriores (imputabilidad, capacidad y peligrosidad).

- La personalidad, permite describir y explicar determinadas conductas.

- La personalidad condiciona la patoplastia, la fenomenología, el curso y el pronóstico de los demás trastornos mentales. Los trastornos de la personalidad conducen a una mala

<sup>271</sup> ESBEC, E., ECHEBURÚA, E. “Violencia y trastornos de la personalidad: implicaciones clínicas y forenses”, *Actas Españolas de Psiquiatría*, Vol. 5, 2010, págs. 249-261.

<sup>272</sup> BRINK, J. “Epidemiology of mental illness in a correctional system”, *Curr Opin Psychiatry*, Vol. 18, 2005, págs. 536-541/ANDERSEN, H. “Mental health in prison populations. A review with special emphasis on a study of Danish prisoners on remand”, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Vol. 110, 2004, págs. 5-59/BUTLER, T., ANDREWS, G., ALLNUTT, S., SAKASHITA, C., SMITH, N. E., BASSON, J. “Mental disorders in Australian prisoners: a comparison with a community sample”, *Aust NZJ Psychiatry*, Vol. 40, 2006, págs. 272-276.

<sup>273</sup> ARROYO, J., ORTEGA, E. “Personality disorders amongst inmates as a distorting factor in the prison social climate”, *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, Vol. 11, 2009, págs. 11-15.

adherencia al tratamiento y a una mala respuesta tanto a la psicofarmacología como a la psicoterapia<sup>274</sup>.

- Aunque mantengan íntegras las facultades superiores, las personas afectas de algún trastorno de la personalidad grave no pueden ponerlas en juego eficazmente a causa, según los casos, de una notable impulsividad e inestabilidad afectiva (trastorno límite), falta de empatía y severas dificultades para adaptarse a normas (trastorno antisocial), errores atribucionales severos (trastorno paranoide), dependencia absoluta (trastorno dependiente), alteraciones cognitivas (trastorno esquizotípico), anticipación al rechazo (trastorno evitativo), y severa inseguridad (trastorno anacástico).

- La estructura de la personalidad es clave, como variable moduladora o concausa a la hora de valorar lesiones o secuelas psíquicas postraumáticas.

- Todos los protocolos de amplio uso para valorar la peligrosidad criminal incluyen como criterio el diagnóstico de algún trastorno de la personalidad, especialmente el antisocial/psicopático y límite.

- Los trastornos de personalidad, especialmente el trastorno antisocial y el trastorno límite de la personalidad están íntimamente relacionados con la manifestación de actos violentos<sup>275</sup>.

Tanto el DSM 5 como el CIE 10 utilizan para el enfoque diagnóstico la perspectiva categorial de que los trastornos de personalidad representan síndromes clínicos cualitativamente distintos. El antecedente de este enfoque se encuentra en el modelo clásico de Kurt Schneider, en el sentido de considerarlos como entidades patológicas individuales y delimitadas entre sí. Es decir, cada trastorno constituye una categoría diagnóstica y se sustenta en alteraciones específicas. Sin embargo, este enfoque es objeto de una especial polémica, ya que conduce a un inevitable solapamiento diagnóstico y a errores diagnósticos<sup>276</sup>. El juicio

---

<sup>274</sup> GIROLAMO, G., REICH, J. H. *Trastornos de la Personalidad*, OMS, Meditor, 1996 / ESBEC, E. "Comorbilidad y efecto patoplástico de los Trastornos de Personalidad", *Revista Española Psiquiatría Forense, Psicología Forense y Criminología*, Vol. 0, 1996, págs.16-24.

<sup>275</sup> FOUNTOULANKIS, K. N., LEUCHT, S., KAPRINIS, G. S. "Personality disorders and violence", *Curr Opin Psychiatry*, Vol. 21, 2008, págs. 84-92.

<sup>276</sup> PELECHANDO, V., DE MIGUEL, A., HERNÁNDEZ, M. "Trastornos de Personalidad", en BELLOCH A., SANDIN, B., RAMOS, F. *Manual de Psicopatología*, McGraw-Hill, Madrid, 1995, pág. 137.

categorial consiste en “tener o no tener” el trastorno. Pero, lo prototípico se ha convertido en el caso raro y es importante la heterogeneidad de pacientes que pueden ser incluidos en la misma categoría. Así pues, las críticas a los modelos categoriales se pueden resumir en los siguientes puntos: escaso ajuste entre pacientes y prototipos; los criterios propuestos se solapan entre diversas categorías y trastornos del eje I de la clasificación multiaxial; baja fiabilidad; mala validez diagnóstica; constructos que no orientan al tratamiento<sup>277</sup>.

Sin embargo, el acercamiento dimensional al estudio de los trastornos de personalidad también goza de ventajas: los modelos dimensionales son consistentes a nivel teórico con la complejidad de los síndromes observados en la práctica clínica; son consistentes con la observación de límites difusos entre los trastornos y la normalidad; la medida dimensional puede convertirse en categorial pero no a la inversa; facilitan la comprensión de la heterogeneidad dentro de los diagnósticos; añaden información adicional para el diseño del tratamiento (aéreas concretas de intervención); mejoran la fiabilidad de la evaluación; la dimensionalización permite variar los puntos de corte teniendo en cuenta las especificidades contextuales, culturales e individuales.

En el DSM 5 los trastornos de personalidad se agrupan en tres clusters que se basan en semejanzas descriptivas. El cluster A incluye los trastornos de personalidad de tipo paranoide, esquizoide y el trastorno de personalidad esquizotípico. El cluster B incluye la personalidad antisocial, el límite, la personalidad histriónica y el trastorno narcisista. El cluster C incluye los trastornos de personalidad a la persona tímida, al dependiente y al trastorno de personalidad obsesivo compulsivo.

A continuación vamos a referirnos a cada uno de ellos y de forma sintética.

---

<sup>277</sup> CARRASCO GÓMEZ, J. J., MAZA MARTÍN, J. M. “Trastornos de la...”, ob cit., pág. 1312.

## II.1. Trastorno de la personalidad paranoide

Entre las características predominantes de este trastorno destaca la desconfianza hacia los otros y el deseo de no mantener relaciones en las que se pueda perder el poder de autodeterminación. Se trata de personas suspicaces, cautelosas y hostiles que tienden a malinterpretar las acciones de los demás y responde con ira a todo lo que suelen interpretar como engaño, desaprobación y traición<sup>278</sup>. La aptitud de estos sujetos para percibir intenciones ocultas y engaños propicia numerosos problemas sociales que confirma y refuerzan sus expectativas.

Los criterios diagnósticos en el DSM5 se basan en:

A) una desconfianza y suspicacia intensa frente a los demás, de tal forma que sus motivos son interpretados como malévolos. Comienza en las primeras etapas de la edad adulta y se presenta en una gran variedad de contextos, como indican cuatro o más de los siguientes hechos: 1. sospecha, sin base suficiente, de que los demás explotan, causan daño o decepcionan al individuo; 2. preocupación por dudas injustificadas sobre la lealtad o la fidelidad de amigos o socios; 3. reticencia a confiar en los demás, debido al temor injustificado a que la información se utilice en su contra; 4. vislumbra significados ocultos que son humillantes o amenazantes en hechos inocentes; 5. alberga rencores persistentes y no olvida los insultos, injurias o desprecios; 6. percibe ataques sobre su carácter o reputación que no son apreciables por los demás y está predispuesto a reaccionar rápidamente con enfado o contraatacar; 7. tiene sospechas recurrentes, sin justificación, en cuanto a la fidelidad del cónyuge o la pareja.

B) Estas características no ocurren exclusivamente durante el curso de una esquizofrenia, un trastorno bipolar o un trastorno depresivo con rasgos psicóticos, u otro trastorno psicótico y no es atribuible a los efectos fisiológicos de una afección médica.

Se trata de sujetos que pueden tener serias implicaciones legales. En el ámbito familiar tienen frecuentes conflictos, en especial con el cónyuge por ideas de celos, que les llevan a vigilar y escudriñar al otro y sus pertenencias.

---

<sup>278</sup> Ibidem, págs. 1314-1317.

En población forense es el segundo trastorno de personalidad más frecuente en varones y el tercero en mujeres<sup>279</sup>. En el ámbito jurídico, en aquellas situaciones en las que se acredita de forma convincente, la tendencia es ser considerado como una atenuante muy cualificada<sup>280</sup>.

El perfil del delincuente paranoide en la valoración forense es varón de 40-50 años de edad, procesado por delitos contra las personas, con antecedentes penales en el 40% de los casos y que delinquen en el 100% de los casos contra personas conocidas de las que sospecha o por las que se siente traicionado<sup>281</sup>.

La criminodinamia del delito violento paranoide se caracteriza por una frecuente premeditación y alevosía; no improvisa, sino que elabora su plan y utiliza medios, modos o formas que garanticen su objetivo<sup>282</sup>. Suele existir un período de latencia desde el primer hecho violento hasta el homicidio, lo que es esencial respecto a la prevención del homicidio, especialmente en violencia de género; el paranoide suele avisar con ataques menores o amenazas, que no deben ser desoídos o minimizados. Normalmente se da una circunstancia estresante previa al delito, como una agresión real o imaginaria a su autoestima. La motivación fundamental es el orgullo, la venganza, el rencor, los sentimientos de humillación, vergüenza o celos. El delito suele cometerse con lucidez, serenidad, precisión y astucia y se trata de un delincuente solitario en el 85% de los casos, ya que normalmente el paranoide no se fía de nadie. Con frecuencia se entrega a las autoridades y justifica el crimen como ineludible, necesario, justo o en cumplimiento de un deber. No se arrepiente y expresa un sentimiento de haber hecho justicia. Se trata de un delincuente con tendencia al litigio. Presenta un claro antagonismo con el sistema judicial y penitenciario y en prisión tiene tendencia a participar en peleas tras provocaciones mínimas.

---

<sup>279</sup> COID, J. "Correctional Populations: Criminal Careers and Recidivism. I" en OLDHAM, J. M., SKODOL, A. E., BENDER, D. S. *Textbook of Personality Disorders*, American Psychiatric Publishing, Washington, 2005, págs. 579-606.

<sup>280</sup> SAP de Madrid 12 de marzo de 2010.

<sup>281</sup> GONZÁLEZ GUERRERO, L. "Características descriptivas de los delitos cometidos por sujetos con Trastornos de Personalidad: motivaciones subyacentes, *modus operandi* y relaciones víctima-victimario", *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, Vol. 7, 2007, págs. 19-39.

<sup>282</sup> ESBEC, E. "Violencia y Trastorno mental", *Cuadernos de derecho judicial*, 2005, págs. 57-154.

## II.2. Trastorno de la personalidad esquizoide

La persona que lo padece se caracteriza por ser reservada, introvertida y tendente al aislamiento. Tiene dificultad para establecer amistades, prefieren interacciones distantes o limitadas con los demás y parecen tener nulo interés por las actividades sociales<sup>283</sup>.

Los criterios diagnósticos que contempla el DSM5 son:

A) un patrón dominante de desapego en las relaciones sociales y una gama restringida de expresión de las emociones en contextos interpersonales, que comienzan en las primeras etapas de la edad adulta y presente en diversos contextos, como indican cuatro (o más) de los hechos siguientes: 1. ni desea, ni disfruta de relaciones personales, incluido el formar parte de una familia; 2. casi siempre escoge actividades solitarias; 3. tiene poco o ningún interés en tener experiencias sexuales con otra persona; 4. disfruta con pocas o ninguna actividad; 5. no tiene amigos íntimos o confidentes, aparte de los familiares de primer grado; 6. se muestra indiferente a las alabanzas o críticas de los demás; 7. muestra frialdad emocional, distanciamiento, con desapego o con afectividad plana.

B) Estas características no se producen exclusivamente durante el curso de una esquizofrenia, un trastorno bipolar o un trastorno depresivo con características psicóticas, u otro trastorno psicótico o un trastorno del espectro del autismo y no es atribuible a los efectos fisiológicos de una afección médica.

Estas personalidades tienen trascendencia en el ámbito forense, por presentar dificultades para conocer y cumplir las normas sociales, lo que da lugar a comportamientos excéntricos, conductas extravagantes, la comisión de delitos contra la propiedad, contra las personas y contra la libertad sexual. Por regla general, los esquizoides no son violentos, pero pueden tener graves explosiones de cólera si se les invade su espacio personal o se les molesta y en ocasiones pueden tener fantasías de violencia. Stone<sup>284</sup> en un estudio sobre asesinos en serie, encuentra que el 47% de los individuos cumple los criterios de trastorno esquizoide de la personalidad.

---

<sup>283</sup> MILLON, T. "Reflections on the future of DSM axis II", *Journal Personal Disorder*, Vol. 14, 2000, págs. 30-41.

<sup>284</sup> STONE, M. H. "Violence", en OLDHAM, J. M, SKODOL, A. E., BENDER, D. S. *Textbook of Personality Disorders*, American Psychiatric Publishing, Washington, 2005, págs. 477-492.



El esquizoide suele ser un delincuente solitario o con un solo cómplice, las víctimas pueden ser conocidas o desconocidas. Aunque la violencia es poco probable, cuando aparece puede ser extrema. Es una violencia expresiva, en la que influyen las fantasías y la falta de sentimientos hacia las personas. Con frecuencia hay ausencia de precipitantes externos obvios. Las agresiones son inesperadas, y en consecuencia no predecibles.

Cuando son detenidos, su adaptación al medio penitenciario es muy mala, pudiendo incluso cometer actos violentos para garantizar su soledad. Prefieren el aislamiento<sup>285</sup>.

### **II.3. Trastorno de la personalidad esquizotípico**

Es un trastorno poco frecuente en el ámbito forense, con presencia de fenómenos psicopatológicos graves.

Los criterios diagnósticos del DSM5 están presididos por:

A) un patrón dominante de déficits sociales e interpersonales asociados a malestar agudo y capacidad reducida para las relaciones personales así como por distorsiones cognitivas o perceptivas y comportamiento excéntrico, que comienzan al principio de la edad adulta y en una gran variedad de contextos, como lo indican cinco (o más) de lo siguientes hechos: 1. ideas de referencia (excluyendo los delirios de referencia; 2. creencias extrañas o pensamiento mágico que influye en el comportamiento y que no coincide con las normas subculturales (superstición, la creencia en la clarividencia, la telepatía, "o un sexto sentido"; en niños y adolescentes, fantasías o preocupaciones extravagantes); 3. experiencias perceptivas inhabituales, incluidas ilusiones corporales; 4. pensamientos y discurso extraño (por ejemplo vago, circunstancial, metafórico, superelaborado o estereotipado); 5. desconfianza o posibilidad de formular ideas paranoides; 6. afectividad inapropiada o restringida; 7. comportamiento o el aspecto raro, excéntrico, o peculiar; 8. falta de amigos íntimos y desconfianza parte de los familiares de primer grado; 9. ansiedad social excesiva, que no disminuye con la familiarización y que tiende asociarse a miedos paranoides más que con juicios negativos sobre uno mismo.

---

<sup>285</sup> COID, J. "Correctional Populations: Criminal...", ob cit., págs. 579-606.

B) Estas características no aparecen exclusivamente durante el curso de una esquizofrenia, un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos, u otro trastorno psicótico o de un trastorno generalizado del desarrollo.

Son personas que se caracterizan por tener dificultades para las relaciones sociales y por sentirse incómodas y con una capacidad reducida para las relaciones interpersonales. Los esquizotípicos carecen de un adecuado nivel de empatía, interpretan de forma distorsionada los mensajes y señales ajenos, atribuyen el sentido a los actos y sentimientos de los demás de forma tergiversada e inadecuada. Confunden fácilmente fantasía y realidad y tienden a instalarse en una vida irreal, subjetiva, imaginativa, desconectada de la lógica y de los valores habituales. Sienten agrado hacia los temas ocultos, mágicos y esotéricos, los fenómenos paranormales y desconocidos, y hacia creencias foráneas de su propia cultura. Suelen ser supersticiosos y sienten que tienen poderes especiales o mágicos que se manifiestan en forma de intuiciones intensas, premoniciones y control sobre los acontecimientos y las personas, bien sea a través de telepatía o de rituales. Del mismo modo, también sospechan de la capacidad de otras personas para controlarlos e influir sobre ellos<sup>286</sup>.

Se muestran excéntricos en su apariencia (por ejemplo, en la forma de vestir o en la higiene), y en su comportamiento (por ejemplo, en la postura o la mirada), con distorsiones cognitivas y perceptivas relativas a creencias extrañas (superstición, clarividencia, telepatía, etc.), o a inferencias arbitrarias, como ver mensajes ocultos u otorgar un significado especial a los sucesos comunes. A veces, pueden aparecer síntomas cuasi-psicóticos, como pseudoalucinaciones, ilusiones sensoriales, ideas sobrevaloradas, ideación paranoide leve o incluso episodios psicóticos transitorios.

Tras las conductas raras y extravagantes que desarrollan, pueden cometer delitos contra la propiedad, insultos y atentados contra la autoridad, abandono de la familia e inserción en grupos marginales o de tipo esotérico.

Sus delitos suelen carecer de un móvil claro, pudiendo ser su motivación rara, extravagante, mesiánica, mística, fundamentada en un pensamiento mágico o ilusorio, suspicacia, afectividad inapropiada y otras excentricidades. El delito suele ser efectuado de forma impulsiva, ansiosa, sin planificar, sin conversar con la víctima a la que suele conocer

---

<sup>286</sup> ALVAREZ, E. *Personalidad esquizotípica y marcadores cognitivos*. Tesis doctoral. Universitat de Barcelona. Departament de Personalitat, Avaluació i Tractament Psicològic, 2005.

(familiares o cuidadores). Con frecuencia, el esquizotípico lleva a cabo el acto en solitario, en casa, lugar de trabajo u otro lugar conocido. La escena del crimen la suele dejar desorganizada y deja muchos indicios en el lugar de los hechos.

Lo usual es que sean detenidos rápidamente, se muestran confusos ante la detención y los hechos de los que se les acusa.

#### **II.4. Trastorno de la personalidad antisocial**

Se trata de un trastorno de la personalidad que llama la atención debido a la gran disparidad entre las normas sociales prevalentes y su comportamiento habitual.

Es el trastorno de mayor interés jurídico y forense, ya que el denominado “psicópata” entra de lleno en la descripción de este trastorno.

Los criterios diagnósticos del DSM5 son los siguientes:

A) Un patrón de desprecio y violación de los derechos de los demás que se presenta desde los 15 años de edad, como lo indican tres (o más) de los siguientes ítems: 1. el fracaso para adaptarse a las normas sociales en lo que respecta a comportamientos legales, como lo indica el perpetrar repetidamente actos que son motivo de detención; 2. falsedad, indicada por mentiras repetidas, empleo de alias, o estafar a otros para un beneficio personal o por placer; 3. impulsividad o incapacidad de planificar el futuro; 4. irritabilidad y agresividad, que se manifiesta por peleas repetidas o agresiones; 5. Indiferencia imprudente por su seguridad o la de los demás; 6. irresponsabilidad persistente, indicada por la incapacidad de mantener un trabajo con constancia o de hacerse cargo de obligaciones económicas; 7. falta de remordimientos, como lo indica el hecho de mostrar indiferencia o la justificación de daño, robo o maltrato a los demás.

B) el individuo tiene al menos 18 años.

C) existen pruebas de un trastorno de conducta que comienza antes de los 15 años.

D) el comportamiento antisocial no aparece exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia o trastorno bipolar.

Es decir, se trata de sujetos con problemas en sus relaciones con los demás, en su afectividad y en su conducta. Son individuos que manipulan, engañan, adolecen de empatía, son incapaces de ponerse en el lugar del otro y su comportamiento es antisocial<sup>287</sup>.

Esta categoría diagnóstica incluye tanto el componente de desinhibición e irresponsabilidad como el de mezquindad, es decir, los rasgos relacionados con la insensibilidad o la falta de remordimiento, la manipulación y la agresión depredadora. A su vez, las personas que coinciden con el tipo psicopático son arrogantes y egocéntricas, buscan el poder sobre los demás, a menos que estos sean coincidentes con sus intereses. Muestran desprecio por los derechos, propiedades o seguridad de los demás, y no sienten culpa o remordimientos por el daño que causan. Pueden actuar de manera agresiva o sádica en pos de sus intereses personales y parecen obtener placer o satisfacción al dominar, humillar o degradar a los demás. También tienen encanto superficial y capacidad de agrandar cuando conviene a sus propósitos. Demuestran pocos principios morales convencionales y tienden a negar la responsabilidad de sus actos y a culpar a otros de sus propios fracasos y defectos.

Es el trastorno de personalidad más relacionado con la delincuencia en general, y con la violenta, en particular, tanto en varones como en mujeres. Tiende a sobrediagnosticarse en poblaciones forenses y penitenciarias<sup>288</sup>.

La delincuencia en este trastorno se caracteriza por ser de inicio precoz, versátil (todo tipo de delincuencia), y frecuentemente grupal. Los antecedentes penales y la escala delictiva son la norma. En general, se trata de personas con baja empatía, intolerancia a la frustración, no acatan a la autoridad, sienten fascinación por la violencia. Tienen necesidad de experiencias novedosas y susceptibilidad al aburrimiento.

Los delitos más frecuentes cometidos por las personas con trastorno antisocial de la personalidad son contra la propiedad, la salud pública y las personas. Generalmente, se trata

---

<sup>287</sup> RAINE, A., SANMARTÍN, J. *Violencia y Psicopatía*, Editorial Ariel, Barcelona, 2000, pág. 48.

<sup>288</sup> FOLINO, J. O. "Trastorno Antisocial de la Personalidad en prisioneros", *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de La Plata*, 2003/HOWARD, R. C., HUBAND, N., DUGGAN, C., MANNION, A "Exploring the link between personality disorder and criminality in a community sample". *Journal Personality Disorder*, Vol. 22, 2008, págs. 589-603.

de víctimas desconocidas (55%), o con escasa vinculación como vecinos o simples conocidos (20%), a las que deshumanizan<sup>289</sup>.

El trastorno antisocial de la personalidad constituye una patología heterogénea<sup>290</sup>. Podemos diferenciar dos grupos.

En el primero de ellos predomina la violencia reactiva o emocional con actos que conllevan arresto, imprudencia, fracaso laboral y agresividad. Predomina la violencia contra personas conocidas. Estas personas se caracterizan por la elevada búsqueda de sensaciones, alta evitación del daño y baja dependencia de la recompensa. Normalmente, en su infancia han sido niños sensibles e impulsivos y responden con ira ante las frustraciones. En este grupo, la comorbilidad con los trastornos de ansiedad es muy elevada, entre un 47% y un 53%<sup>291</sup>. También se asocia con Trastorno del estado de ánimo. En una muestra de 5.692 personas, encontraron depresión mayor en el 9,1% y otros trastornos del estado de ánimo en el 27% de los casos<sup>292</sup>.

En el segundo de los grupos predomina la violencia proactiva o instrumental (predominan los ítems afectivos de engaño y ausencia de remordimientos sobre los conductuales), siendo más frecuente la violencia ante desconocidos. Se trata de personas con menor impulsividad, que muestran altos niveles de psicopatía y bajos niveles de ansiedad. La motivación esencial de estos delincuentes es el beneficio inmediato, poder, control, dominación y sometimiento.

---

<sup>289</sup> GONZÁLEZ GUERRERO, L. “Características descriptivas de los delitos cometidos por sujetos con Trastornos de Personalidad: motivaciones subyacentes, *modus operandi* y relaciones víctima-victimario”, *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, Vol. 7, 2007, págs. 19-39.

<sup>290</sup> DE BRITO, S. A., HODGINS, S. “Antisocial personality disorder”, en MCMURRIAN, M., HOWARD, R. *Personality, personality disorder, and violence: An evidence based approach*, Wiley-Blackwell Publishing, Chichester, 2009, págs. 133-153.

<sup>291</sup> GOODWIN, R. D., HAMILTON, S. P. “Lifetime comorbidity of antisocial personality disorder and anxiety disorders among adults in the community”, *Psychiatry Res*, Vol. 117, 2003, págs. 159-66/SAREEN, J., STEIN, M. B., COX, B. J., HASSARD, S. T. “Understanding comorbidity of anxiety disorders with antisocial behaviour: findings from two large community surveys”, *Journal Nerv Mental Disorder*, Vol. 192, 2004, págs. 178-56.

<sup>292</sup> LENZENWEGER, M. F., LANE, M. C., LORANGER, A. W. “DSM-IV personality disorders in the National Comorbidity Survey Replication”, *Biol Psychiatry*, Vol. 62, 2007, págs. 553-654.

Son individuos que pasan la mayor parte de su vida privados de libertad. Pueden haber sido detenidos por primera vez durante la adolescencia e ingresan en prisión a partir de los 18 años. En el ámbito forense, se trata de sujetos que mienten, manipulan, engañan y cometen repetidamente hechos delictivos múltiples y de todo tipo. Coexisten conflictos familiares y laborales. Cometen delitos con frialdad, sin consideración y a veces brutalmente<sup>293</sup>.

La psicopatía, que se incluye dentro de este epígrafe, es un trastorno muy grave de la personalidad. Por definición, se trata de una anomalía de inicio precoz, normalmente ya en la infancia, aunque no suele manifestarse con toda su intensidad hasta la adolescencia o principios de la edad adulta. En ocasiones, ya se aprecia en la infancia frialdad emocional, indiferencia ante el sufrimiento de los demás, mentiras repetidas, irresponsabilidad, desafío a la autoridad, crueldad con animales, con sus iguales y con sus propios padres, y frecuentemente son diagnosticados como niños con trastornos por déficit de atención con hiperactividad, trastorno disocial, opositorista-desafiante, o simplemente trastornos de conducta. Se trata de un conjunto de rasgos que normalmente no generan malestar (son egosintónicos), y pueden no ser desadaptativos en la sociedad competitiva en la que vivimos (por ejemplo, un cierto grado de psicopatía es visto positivamente en algunas profesiones o labores), pero que se apartan de lo considerado normal desde el punto de vista cultural y que habitualmente generan conductas que hacen sufrir a los demás. Estos rasgos están omnipresentes en la vida del sujeto y son muy resistentes al cambio<sup>294</sup>.

No todos los psicópatas son iguales. Algunos son más hostiles, irritables e impulsivos; otros son muy controlados y rara vez pierden los nervios. En algunos casos tienen una baja auto-estima, que tienden a corregir con la grandiosidad y el ansia de poder. A veces consumen alcohol u otras drogas y en otros casos no. Muchos consiguen formar una familia y ser aceptables cónyuges y padres, aunque llevando una doble vida; otros son solitarios y fracasan en las relaciones interpersonales. Pueden ser brillantes profesionales, políticos y empresarios, pero algunos presentan inestabilidad y fracaso laboral. Algunos son delincuentes violentos, incluso asesinos en serie, pero la mayoría no cometen delitos de sangre. Puede darse con más frecuencia una delincuencia de “cuello blanco” (estafa, extorsión, delitos contra la propiedad

---

<sup>293</sup> CARRASCO GÓMEZ, J. J., MAZA MARTÍN, J. M. “Trastornos de la...”, ob cit., págs. 1319-1322.

<sup>294</sup> SCHENEIDER, K. *Las personalidades psicopáticas*, Morata, Madrid, 1980, pág. 19.

pública, delincuencia contra los trabajadores), y el maltrato psicológico en el hogar. La comorbilidad con las parafilias, suele conducir a delitos contra la libertad sexual<sup>295</sup>.

Pueden tener diversas características, pero lo común en todos, es la invulnerabilidad y elevada tolerancia al castigo, la ausencia de escrúpulos, la manipulación, la incapacidad de mantener relaciones plenas con los demás, la utilización de los demás para su propósitos y una avidez de poder y control. Los asesinos psicópatas entran en la categoría que Ressler denominó *asesinos organizados*<sup>296</sup>. Planifican muy bien sus crímenes, eligen a sus víctimas a las que cautivan habilidosamente y dejan muy pocos indicios en el lugar de los hechos.

## II.5. Trastorno de la personalidad límite

Incluye trastornos de la personalidad considerados como fronterizos y de difícil encuadre entre las neurosis, las psicosis o el resto de trastornos de la personalidad y las alteraciones afectivas típicas. Los criterios diagnósticos del DSM 5 son:

A) Un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad y una marcada impulsividad, que comienza en la fase temprana de la edad adulta y que se presenta en una variedad de contextos, como lo indican cinco (o más) de lo siguientes hechos: 1. esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado; 2. un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas, caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación; 3. alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y continuamente inestable; 4. impulsividad en al menos dos áreas que es potencialmente dañina para él mismo (por ejemplo gastos, sexo, el abuso de sustancias, la conducción temeraria, atracones de comida); 5. comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes o conductas de automutilación; 6. inestabilidad afectiva debido a una reactividad marcada del estado de ánimo (por ejemplo, episodios de intensa disforia,

---

<sup>295</sup> ROBERTSON, C. A., KNIGHT, R. A. "Relating sexual sadism and psychopathy to one another, non-sexual violence, and sexual crime behaviors", *Aggress Behaviors*, Vol. 40, 2014, págs. 12-23/DRIEMEYER, W., SPEHR, A., YOON, D., RICHTER-APPELT, H., BRIKEN, P. "Comparing sexuality, aggressiveness, and antisocial behavior of alleged juvenile sexual and violent offenders". *Journal Forensic Science*, Vol. 58, 2013, págs. 711-718.

<sup>296</sup> RESSLER, R. K., BURGESS, A. W., HARTMAN, C. R., D'AGOSTINO, R. B. "Sexual Killers and their victims: Identifying patterns through crime scene analysis", *Journal Interpersonal Violence*, Vol. 1, 1986b, págs. 288-308.

irritabilidad, o ansiedad por lo general que dura unas horas y sólo raras veces más de unos días); 7. sentimientos crónicos de vacío; 8. ira inadecuada e intensa o la dificultad para controlar la ira (por ejemplo, frecuentes demostraciones de mal carácter, ira constante o peleas físicas recurrentes); 9. ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.

Los pacientes con este trastorno tienen un concepto de sí mismos muy frágil, que es fácilmente alterado y fragmentado bajo situaciones de estrés, lo que se traduce en un nivel de identidad pobre y en sentimientos crónicos de vacío. Como resultado, presentan inestabilidad emocional y tienen dificultades para mantener relaciones íntimas duraderas.

Estos pacientes experimentan rápidos cambios de humor, de forma intensa e impredecible, pudiendo mostrarse extremadamente ansiosos o deprimidos. También pueden enojarse o ser hostiles si se sienten incomprendidos o maltratados. Pueden implicarse en agresiones verbales o físicas cuando están enojados. Las reacciones emocionales suelen darse en respuesta a acontecimientos interpersonales negativos que implican pérdida o decepción. Las relaciones se basan en la fantasía, en la necesidad de los demás para la supervivencia y en la dependencia excesiva, así como en un miedo al rechazo o abandono.

La dependencia implica tanto el apego inseguro, expresado como dificultad para tolerar la soledad, como la necesidad urgente de contacto con otras personas significativas cuando el individuo está estresado, acompañada a veces por un comportamiento sumiso. Al mismo tiempo, la intensa e íntima dependencia de otra persona, a menudo conduce a un miedo a la pérdida de la identidad propia. Por tanto, las relaciones interpersonales son muy inestables y se alternan entre la dependencia excesiva y la huida.

Los principales rasgos y conductas interpersonales pueden asociarse a un deterioro de las funciones cognitivas en momentos de tensión interpersonal, lo que conduce a un procesamiento de la información escindido o dicotómico, del tipo de blanco o negro. Así mismo, pueden experimentar reacciones cuasi-psicóticas, incluyendo la paranoia y la disociación, que pueden progresar a cuadros de psicosis transitoria.

Los individuos se caracterizan por ser impulsivos, actuando con la emoción del momento, y por implicarse en actividades potencialmente negativas. Los actos deliberados de autolesión, la ideación suicida y los intentos suicidas ocurren típicamente acompañados de una angustia intensa y de disforia, en particular en el contexto de los sentimientos de



abandono, cuando una relación importante se rompe. Una angustia intensa también puede llevar a otras conductas de riesgo, incluyendo el abuso de drogas, la conducción temeraria, comidas excesivas o la promiscuidad sexual.

Se observa una incidencia importante de este trastorno en muestras forenses, siendo el segundo más frecuente en varones y primero en algunas muestras de mujeres. En las mujeres agresivas es el más común, pero predomina la auto-agresividad sobre la heteroagresividad. En la criminalidad influyen la impulsividad, la identidad pobre, la disregulación emocional y el consumo de sustancias. La violencia es típicamente reactiva. La emoción fundamental es la ira y la motivación el alivio de la tensión<sup>297</sup>.

La criminalidad es muy variada, predominando los delitos contra las personas cercanas, precipitados por el rechazo real o imaginario y los celos. El abuso de sustancias se asocia en un 65% y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad en el 37%, siendo la trimorbilidad de un 18%. Respecto al consumo de sustancias, predomina el abuso de cannabis (7,3%); los trastornos del estado de ánimo se asocian en un 40-87% y el trastorno bipolar en el 10-23%<sup>298</sup>. Es destacable la asociación entre el trastorno límite y el antisocial, debido a la grave impulsividad asociada al abuso de psicotrópicos. Este perfil predomina (77%) en mujeres internas en prisiones de alta seguridad, en el 62% en varones ingresados en hospitales penitenciarios y en el 30% de varones en centros de media seguridad<sup>299</sup>.

En relación con la autólisis en los pacientes diagnosticados con trastorno límite de personalidad, hay que destacar su alto porcentaje, siendo la causa más frecuente de hospitalización en esta categoría clínica. Los riesgos suicidas constituyen con frecuencia la primera presentación del padecimiento<sup>300</sup>. La motivación para el suicidio es en el 60% por

<sup>297</sup> COID, J., YANG, M., ROBERTS, A., ULLRICH, S., MORAN, P., BEBBINGTON, P., BRUGHA, T., JENKINS, R. "Violence and psychiatric morbidity in a national household population a report from the British Household Survey", *American Journal Epidemiology*, Vol. 164, 2006, págs. 1199-1208.

<sup>298</sup> CASAS, M. "TDAH y TLP asociados a conductas delictivas. I Jornadas Andaluzas de la Asociación española de patología dual. Febrero. 2009.

<sup>299</sup> DUGGAN, C., HOWARD, R. C. "The "functional link" between personality disorder and violence: A critical appraisal", en MCMURRAN, M., HOWARD, R. C., *Personality, personality disorder and violence*, Wiley, Chichester, 2009, págs. 19-38.

<sup>300</sup> SOLOFF, P., WHITE, R., DIWADKAR, V. A. "Impulsivity, aggression and brain structure in high and low lethality suicide attempters with borderline personality disorder", *Psychiatry Res*, Vol. 222, 2014, págs. 131-139/YEN, S., GAGNON, K., SPIRITO, A. "Borderline personality disorder in suicidal adolescents", *Personal Mental Health*, Vol. 7, 2013, págs. 89-101/ZIMMERMAN, M., MARTINEZ, J., YOUNG, D., CHELMINSKI,

causas amorosas/familiares<sup>301</sup>. Las tentativas de suicidio, alcanzan el 72,6%, especialmente si el trastorno antisocial de personalidad se asocia a cuadros depresivos y en el 70-80% se automutilan<sup>302</sup>. Las conductas parasuicidas alcanzan el 65%<sup>303</sup>.

A causa del largo historial psiquiátrico de estos pacientes, por su nivel de sufrimiento emocional que les lleva incluso a desear la muerte, y su frecuente comorbilidad, podría ser el trastorno de personalidad que más posibilidades tiene de ser tenido en cuenta como medida atenuatoria por los tribunales de justicia.

## II.6. Trastorno histriónico de la personalidad

Se define por un patrón de emotividad generalizada y excesiva y conductas orientadas a buscar la atención de los demás, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diferentes contextos, como lo indican cinco (o más) de los hechos siguientes: 1. se siente incómodo en situaciones en las que no es el centro de atención; 2. la interacción con los demás suele caracterizarse por un comportamiento sexualmente seductor o provocativo; 3. muestra una expresión emocional superficial y rápidamente cambiante; 4. utiliza constantemente el aspecto físico para llamar la atención; 5. tiene un estilo de hablar que se basa excesivamente en las impresiones y que carece de detalles; 6. muestra autodramatización, teatralidad y expresión exagerada de la emoción; 7. es sugestionable (es decir, fácilmente influenciado por los demás o por las circunstancias); 8. considera que las relaciones son más estrechas de lo que son en realidad.

Lo más característico de las personalidades histriónicas (desarrolladas a veces en un marco familiar de sobreprotección) es la hipersensibilidad y la tendencia a atribuir a pequeños grandes desastres, así como la propensión a la fantasía, de donde proceden sus

---

I., MORGAN, T. A., DALRYMPLE, K. "Comorbid bipolar disorder and borderline personality disorder and history of suicide attempts", *Journal Personality Disorder*, Vol. 28, 2014, págs. 358-364.

<sup>301</sup> ESPINOSA, J., BLUM, B., ROMERO, M. "Riesgo y letalidad suicida en pacientes con trastorno límite de la personalidad, en un hospital de psiquiatría", *Salud Mental*, Vol. 32, 2009, págs. 317-325.

<sup>302</sup> SOLOFF, P. H., LIS, J. A., KELLY, T., COURNELIUS, J., ULRICH, R. "Risk factors for suicidal behavior in borderline personality disorder", *American Journal Psychiatry*, Vol. 151, 1994, págs. 1316-1323.

<sup>303</sup> GIROLAMO, G., REICH, J. H. *Trastornos de la Personalidad*. OMS. Meditor. 1996, págs.111-123.

errores interpretativos, la sobrerreactividad emocional, la variabilidad de los estados del humor y la facilidad con que se pueden sentir humillados<sup>304</sup>.

En el ámbito forense tiene incidencia la conducta sexual desinhibida, víctimas de violaciones reales y con frecuencia denuncias de falsas violaciones, en las que ha existido un consentimiento parcial o todo el relato es pura fantasía, como en otro tipo de denuncias falsas. No se conoce el riesgo real de suicidio, pero la experiencia clínica señala que los individuos con este desorden tienen un riesgo aumentado para llevar a cabo intentos suicidas para conseguir la atención.

En ocasiones en población forense, cuando hay conducta violenta, se asocia al trastorno antisocial de la personalidad<sup>305</sup>. Su motivación fundamental es el hedonismo y “ser el más listo”. El individuo está inmerso en todo tipo de delincuencia, con desajustes conductuales de inicio precoz y suele ser el cabecilla de una pandilla disocial. Utiliza la teatralidad y tiene gran capacidad de seducción, manipulación, simulación y disimulación. Los individuos tienen poca capacidad para tolerar el estrés en prisión<sup>306</sup>.

## **II.7. Trastorno narcisista de la personalidad**

Las personas con este trastorno se comportan de forma arrogante, altanera, pomposa y desdeñosa, se sienten por encima de las normas de convivencia, que califican de superficiales o inaplicables a sí mismo, muestran una descuidada falta de atención por la integridad personal y una indiferencia presuntuosa hacia los derechos de los demás.

Los criterios diagnósticos del DSM 5 son los siguientes:

Un patrón general de grandeza (en la fantasía o en el comportamiento), necesidad de admiración y falta de empatía, que comienza al principio de la edad adulta y que se presenta en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes hechos: 1. tiene

<sup>304</sup> ECHEBURÚA, E. “Violencia y trastornos de la personalidad: implicaciones clínicas y forenses”, *Actas Española Psiquiatría*, Vol. 38, 2010, págs. 249-261.

<sup>305</sup> BLACKBURN, R., COID, J. W. “Empirical clusters of DSM-III personality disorders in violent offenders”, *Journal Personality Disorder*, Vol.13, 199, págs. 18-34.

<sup>306</sup> COID, J. W., HICKEY, N., YANG, M. “Comparison of outcomes following after care from forensic and general adult psychiatric services”, *British Journal Psychiatry*, Vol. 190, 2007, págs. 509-514.

sentimientos de grandeza y prepotencia (por ejemplo, exagera sus logros y capacidades, espera ser reconocido como superior, sin contar con los correspondientes éxitos); 2. está absorto en fantasías de éxito, poder, brillantez, belleza o amor imaginario ilimitado; 3. cree que es "especial" y único y que sólo pueden comprenderle o sólo puede relacionarse con otras personas (o instituciones) que son especiales o de alto estatus; 4. tiene una necesidad excesiva de admiración; 5. muestra un sentimiento de privilegio (es decir, expectativas no razonables de tratamiento especialmente favorable o de cumplimiento automático de sus expectativas); 6. explota la relaciones interpersonales ( es decir, saca provecho de los demás para alcanzar su propias metas); 7. carece de empatía: no está dispuesto a reconocer o identificarse con los sentimientos y necesidades de los demás; 8. con frecuencia envidia a los demás o cree que los demás le envidian a él; 9. presenta comportamientos o actitudes arrogantes, de superioridad.

Son, por tanto, personas egoístas necesitadas de estimación, que pretenden ser grandiosas y a menudo carecen de empatía. Tienen fantasías de éxito ilimitado y elaboran historias de amor fantásticas. Pueden ser ambiciosas y muy sensibles a críticas o frustraciones. Las envidias o las creencias de que otros sujetos les tienen celos son frecuentes.

Las repercusiones forenses son poco frecuentes, salvo que haya comorbilidad con otros cuadros. Casi todas las personas violentas tienen acusados rasgos narcisistas porque anteponen sus deseos y necesidades a los derechos de los demás. En muestras forenses, la prevalencia en algunos estudios es del 6% de mujeres y 8% en varones presos y el 25% en varones de población psiquiátrica penitenciaria<sup>307</sup>.

Pueden cometer estafas, hurtos, apropiaciones indebidas y verse involucrados en delitos contra la libertad sexual, tanto como autores como víctimas<sup>308</sup>. La persona con trastorno narcisista de la personalidad se caracteriza por la búsqueda del placer utilizando a los demás, intolerancia a la frustración y egocentrismo. Su motivación fundamental para el crimen es la necesidad de control y dominación, la emoción que predomina es la ira<sup>309</sup>. Las víctimas de personas que sufren este trastorno suelen ser conocidas. Es muy típica la violencia

---

<sup>307</sup> LOGAN, C. "Narcisismo" en MCMURRAN, M., HOWARD, R. *Personality, personality disorder, and violence: An evidence based approach*, Willey-Blackwell Publishing, Chichester, United Kingdom, 2009, págs. 85-112.

<sup>308</sup> CARRASCO GÓMEZ, J. J., MAZA MARTÍN, J. M. "Trastornos de personalidad...", ob cti., pág. 1327.

<sup>309</sup> COID, J. "Correctional Populations: Criminal...", ob cit., págs. 579-606.

de género, al ser abandonados por sus parejas y también los abusos-agresiones sexuales, si son rechazados por una persona que es intensamente deseada.

En prisión estos individuos son intolerantes con las reglas y tienen múltiples problemas conductuales.

## **II.8. Trastorno de la personalidad por evitación**

Los pacientes aquejados de este trastorno tienen un sentido negativo de sí mismos, asociado con un profundo sentimiento de insuficiencia e inhibición en el establecimiento de relaciones interpersonales íntimas. El repliegue, el retraimiento, la inhibición social y la hipersensibilidad a la evaluación negativa son las características principales como patrón habitual de este trastorno<sup>310</sup>. Más concretamente, se sienten ansiosos, inferiores, socialmente ineptos y poco atractivos, por lo que se avergüenzan con facilidad. Son tímidos y reservados tanto en situaciones profesionales como sociales y evitan estas, aun deseándolas, por miedo al ridículo o a la humillación, por lo que buscan contextos que no incluyan a otras personas.

Los criterios del DSM5 son los siguientes:

Un patrón general de inhibición social, sentimiento de incapacidad e hipersensibilidad a la evaluación negativa, que empiezan en las primeras fases de la edad adulta y que se dan en diversos contextos como lo indican cuatro (o más) de los siguientes ítems: 1. evita actividades ocupaciones que implican un contacto interpersonal importante debido al miedo a las críticas, la desaprobación o el rechazo; 2. es reacio a implicarse con la gente si no está seguro de que va a agradar; 3. demuestra represión en las relaciones íntimas debido al miedo de ser ridiculizado o avergonzado; 4. está preocupado por la posibilidad de ser criticado o rechazado en las situaciones sociales; 5. está inhibido en las situaciones interpersonales nuevas a causa de sentimiento de incapacidad; 6. se ve a sí mismo socialmente inepto, personalmente poco interesante o inferior a los demás; 7. es extremadamente reacio a correr riesgos personales o a implicarse en nuevas actividades debido a que pueden ser comprometedoras.

---

<sup>310</sup> CARRASCO GÓMEZ, J. J., MAZA MARTÍN, J. M. “Psiquiatría Legal y Forense”, *Trastornos de personalidad*, 2ª ed., La Ley, Madrid, 2003, págs. 1328.

Se trata de personas con severos sentimientos de inseguridad e inferioridad, pobre nivel de autoestima y de habilidades sociales. No suelen cometer actos delictivos pero esta categoría es relativamente frecuente en los delitos contra la libertad sexual asociándose especialmente a parafilias (el 24,8% de agresores sexuales según el estudio de Dunsieith y otros autores<sup>311</sup>).

Los individuos que se asemejan a este tipo, tienden a culparse a sí mismos, se sienten responsables por las situaciones y hechos malos que suceden y no encuentran disfrute en las actividades de la vida cotidiana. También tienden a ser emocionalmente inhibidos y tienen dificultades para expresar sus deseos o emociones, tanto positivas como negativas.

Como mecanismo de defensa utilizan la fantasía, a través de la que satisfacen sus deseos no cumplidos. No suelen delinquir, salvo en ocasiones y en relación a una situación conflictiva en la que hay tensión, ansiedad o como forma de compensar sus conflictos, entre ellos la inmadurez. La inseguridad, el fracaso y el resentimiento también pueden ser origen de conductas violentas.

Suelen manifestar sentimientos ambivalentes de odio-necesidad, de poder-culpa-vergüenza ante sus delitos. En prisión manifiestan ansiedad e intolerancia a la relación con otros reclusos, prefiriendo el aislamiento.

## **II.9. Trastorno dependiente de la personalidad**

Este trastorno se configura en la necesidad de que se ocupen de estos individuos, así como la sumisión a otras personas, con la percepción de uno mismo como inútil, incapaz o falta de resistencia para funcionar adecuadamente sin la ayuda de los demás.

Los criterios diagnósticos que se recogen en el DSM5 son:

Una necesidad general y excesiva de que se ocupen de uno, que ocasiona un comportamiento de sumisión y adhesión a temores de separación, que empiezan al principio de la edad adulta y que se dan en diversos contextos como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems: 1. tiene dificultades para tomar decisiones cotidianas si no cuenta con un

---

<sup>311</sup> DUNSIETH, N. W., NELSON, E. B., BRUSMAN-LOVINS, L. A. "Psychiatric and legal features of 113 men convicted of sexual offenses", *Journal Clinical Psychiatry*, Vol. 65, 2004, pág. 293-300.

excesivo consejo y reafirmación por parte de los demás; 2. necesidad que otros asuman la responsabilidad en las principales parcelas de su vida; 3. tiene dificultades para expresar el desacuerdo con los demás debido al temor a la pérdida de apoyo y aprobación; 4. tiene dificultades para iniciar proyectos o para hacer las cosas a su manera (debido a la falta de confianza en su propio juicio o en sus capacidades más que a una falta de motivación o de energía); 5. va demasiado lejos llevado por su deseo de lograr protección y apoyo de los demás, hasta el punto de presentarse voluntario para realizar tareas desagradables; 6. se siente incómodo o desamparado cuando está solo debido a sus temores exagerados a ser incapaz de cuidar de sí mismo; 7. cuando termina una relación importante, busca urgentemente otra relación que le proporcione el cuidado y el apoyo que necesita; 8. está preocupado de forma no realista por el miedo a que le abandonen y tenga que cuidar de sí mismo.

Se trata de personas que fomentan o permiten que otros asuman responsabilidades importantes de la propia vida. Subordinan las necesidades propias a las de aquellos de los que se depende con sumisión excesiva a sus deseos, resistencia a hacer peticiones, incluso las más razonables, con sentimientos de malestar o abandono, al encontrarse solo, debido a miedos exagerados a no ser capaz de cuidar de sí mismo, temor a ser abandonado por una persona con la que se tiene una relación estrecha y temor a ser dejado a su propio cuidado, lo que se traduce en una capacidad limitada para tomar decisiones cotidianas, sin el consejo o seguridad de los demás.

Son por tanto personas sumisas, con necesidad de aprobación social, afecto y voluntad de vivir según los deseos de los demás. Al adoptar actitudes pasivas, dejan guiar sus vidas a los otros. Su autoestima está determinada por el apoyo y el ánimo de los otros. Quedan también a merced de los caprichos y estados de ánimo de los demás<sup>312</sup>.

Por ello resultan dóciles a las órdenes y mandatos de aquellos de los que dependen o sujetos que tienen cierta autoridad o mando. Su pasividad les hace vulnerables y la falta de recursos hace que necesiten que les manden, sentirse protegidos por la persona o el grupo del que dependen.

Pueden ejecutar actos delictivos inducidos por otros. Pueden soportar abusos y agresiones sexuales. Generan fácilmente un trastorno por dependencia a sustancias. En

---

<sup>312</sup> MILLON, T., DAVIS, R. *Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV*, Masson, Barcelona, 1998, págs. 212-221.

ocasiones, las conductas anómalas o antisociales son para evadirse de la realidad, para liberarse y ser ellos mismos, aunque sea en una situación de irrealidad<sup>313</sup>.

Es muy poco diagnosticado en población forense o penitenciaria. Es más frecuente en mujeres de 30-40 años. Las personas dependientes, si son abandonadas, pueden sentir tal grado de desesperanza que pueden cometer suicidio o expresar esa agresividad sobre la persona que la rechaza. En otras ocasiones, el simple sentimiento de inseguridad y los celos, pueden desencadenar estados emocionales de ira que puede llevarlas al homicidio. En otros casos, la ausencia de iniciativa, el miedo, la subordinación y la pasividad puede llevarlas a cometer delitos por omisión.

Son fácilmente influenciables por personalidades psicopáticas, mostrando una gran necesidad de estimación e integración grupal.

#### **II.10. Trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad**

Este diagnóstico excluye el de trastorno obsesivo-compulsivo (por ansiedad). Las personas que lo presentan son gobernadas por su necesidad de orden, precisión y perfección. Las actividades se llevan a cabo de una forma excesivamente metódica, por lo que manifiestan intensas preocupaciones por el tiempo transcurrido, la puntualidad, los horarios y las normas. En este sentido son muy rígidos y poco espontáneos. Tienen un desarrollo excesivo del sentido del deber, así como la necesidad de tratar de completar todas las tareas de forma meticulosa. Esta tendencia puede dar lugar a una parálisis de la conducta por la indecisión y la necesidad de sopesar las alternativas, los pros y los contras, de manera que las tareas importantes frecuentemente no pueden completarse.

En su mayor parte, las emociones fuertes, tanto positivas (por ejemplo, el amor), como negativas (por ejemplo, la ira), no se experimentan en forma consciente ni son expresadas. A veces, el individuo puede mostrar gran inseguridad, falta de confianza en sí mismo y un malestar emocional en forma de culpa o de vergüenza por las deficiencias y fallos reales o percibidos en su conducta. Tienen un sentido muy estricto de lo que está bien y de lo que está mal.

---

<sup>313</sup> CARRASCO GÓMEZ, J. J., MAZA MARTÍN, J. M. “Trastornos de personalidad”, ob cit., pág. 1330.



Los criterios diagnósticos del DSM 5 son:

Un patrón general de preocupación por el orden, perfeccionismo y el control mental e interpersonal a expensas de la flexibilidad, la espontaneidad y la eficiencia, que empiezan al principio de la edad adulta y que se dan en diversos contextos como lo indican cuatro (o más) de los siguientes ítems: 1. preocupación por los detalles, las normas, las listas, el orden, la organización o los horarios, hasta el punto de perder de vista el objeto principal de la actividad; 2. perfeccionismo que interfiere con la finalización de las tareas (por ejemplo, es incapaz de acabar un proyecto porque no cumple sus propias exigencias, que son demasiado estrictas); 3. dedicación excesiva al trabajo y a la productividad con exclusión de las actividades de ocio y las amistades (no atribuible a necesidades económicas evidentes); 4. excesiva terquedad, escrupulosidad e inflexibilidad en temas de moral, ética o valores (no atribuible a la identificación con la cultura o la religión); 5. incapacidad para tirar los objetos gastados o inútiles, incluso cuando no tienen un valor sentimental; 6. es reacio a delegar tareas o trabajos en otros, a no ser que éstos se sometan exactamente a su manera de hacer las cosas; 7. adopta un estilo avaro en los gastos para él y para los demás; el dinero se considera algo que hay que acumular con vistas a catástrofes futuras; 8. muestra rigidez y obstinación.

El perfil de estos individuos viene configurado por la preocupación por los detalles, las normas, organización de horarios, perfeccionismo, dedicación excesiva al trabajo con rectitud y escrupulosidad excesivas junto con una preocupación injustificada por el rendimiento, hasta el extremo de renunciar a actividades placenteras y a relaciones personales. También se caracterizan por la rigidez y la obstinación. No son infrecuentes las manifestaciones hipocondriacas.

Son personas que cometen pocos delitos y cuando suceden, suelen ser por indecisión u omisión. Es poco diagnosticado en la población forense y penitenciaria, siendo la prevalencia inferior al 1%. Los delitos violentos son poco frecuentes, pero pueden cometer actos de violencia extrema en episodios de “descontrol” sobre la ira, normalmente acompañados del consumo de alcohol.

Es frecuente la intolerancia a las críticas y al fracaso siendo a emoción subyacente de la violencia la ira. Se trata de personas que suelen cometer un delito único, carecen de antecedentes penales y tienen poca probabilidad de reincidencia<sup>314</sup>.

Sus actos delictivos predominantes son los delitos de violencia de género, lesiones, homicidio y acoso.

### **II.11. Otros trastornos de la personalidad. Trastorno sádico de la personalidad**

Está recogido en el DSM 5 bajo el epígrafe de trastornos parafílicos. En la actualidad, no existen criterios diagnósticos oficiales para este trastorno. Tras su presencia en el DSM III-R, como categoría diagnóstica propuesta para estudios posteriores, se consideró que incluir este trastorno en el DSM IV, en concreto el tipo sádico, sería otorgar un estatus oficial que podría llevar a abusar de este diagnóstico en entornos forenses. Así, personas con este trastorno podrían utilizar el diagnóstico para no tener que asumir la responsabilidad de sus actos violentos y podría producirse una medicalización de sus actos.

Este tipo de trastorno ha originado importantes controversias. Los comportamientos sádicos no se limitan a las acciones de los psicópatas violentos internos en las prisiones, o sujetos brutales que habitan en la periferia de la sociedad. Se trata de personas cuyo temperamento subyacente es dominante, intimidador, malicioso y hostil, fácilmente irritables y que practican la violencia afectiva y la violencia y crueldad física. En el ámbito comportamental, el sádico tiene poco o nulo autocontrol y entra en cólera ante la menor frustración. Ejercen un control desproporcionado sobre otros sujetos, mediante la amenaza, la coacción o la intimidación. Suelen ser autoritarios, rígidos y dogmáticos y no tienen remordimientos, sentimientos de culpa u otro tipo de sentimientos para con la víctima. Muchos de estos individuos pueden vivir perfectamente dentro de la sociedad.

Hay personas que con estas características ejercen la violencia y la crueldad física o mental y que no encajan en los criterios conductuales del trastorno antisocial de la personalidad, ni incluso en la concepción más amplia del psicópata, como se entiende por algunos autores en la actualidad.

---

<sup>314</sup> BLACKBURN, R., COID, J. W. "Empirical clusters of DSM-III personality disorders in violent offenders", *Journal Personality Disorder*, Vol. 13, 1999, págs. 18-34.

Son personas con un patrón de conducta cruel, vejatoria, agresiva, de abuso y explotación de los demás, sintiendo satisfacción por ello. Manifiestan crueldad mental, deseo de humillar y herir los sentimientos de los demás. El sadismo es casi siempre malevolente y se busca el control completo sobre otro ser humano<sup>315</sup>.

Resulta evidente que personas con rasgos o con este trastorno desarrollado es habitual encontrarlos en el ámbito forense. Rara vez acuden previamente a otros servicios sanitarios ya que no tienen conciencia de anormalidad y se encuentran sintónicos con sus comportamientos.

Los tipos delictivos más frecuentes son los que surgen del abuso y control de otras personas, como lesiones, homicidio, robos, secuestros, tortura, violencia doméstico, violencia de género y delitos contra la libertad e indemnidad sexuales. El perfil descriptivo más completo sobre el criminal sádico fue efectuado por Brittain<sup>316</sup>. Suele tratarse ante todo de un criminal meticulosamente organizado, muy inteligente, que por sus características externas, estilo de vida y estructura aparente de personalidad pasa desapercibido, siendo descartado fácilmente como sospechoso. Típicamente es un varón, solitario pero atento y educado con los demás cuando le interesa. Es un depredador humano que acecha a su presa para destruirla.

### III. VALORACIÓN CRIMINOLÓGICA Y FORENSE DE LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

Las fuentes de información para la valoración son diversas. Destacan la entrevista clínica, los autoinformes y las entrevistas semiestructuradas.

En la entrevista clínica, el evaluador se guía por un minucioso conocimiento de los rasgos asociados a trastornos específicos de personalidad y debe tratar de comprender las razones que subyacen a estos rasgos identificados. Para llegar al diagnóstico mediante la realización de las entrevistas, se necesitan grandes habilidades clínicas, ya que la presencia o ausencia de un determinado rasgo no depende solo de una decisión clínica fundamentada

---

<sup>315</sup> FROMM, E. *Anatomía de la destructividad humana*, Siglo XXI, Madrid, 1987.

<sup>316</sup> BRITTAİN, R. P. "The sadistic murdered", *Medicine Science and the Law*, Vol. 10, 1970, págs. 198-207.

exclusivamente en la información revelada durante la entrevista, sino también en la observación conductual y en la información colateral.

Los cuestionarios de autoinforme son de fácil administración, pero para muchos autores carecen de fiabilidad, particularmente en las poblaciones forenses.

La realización de una entrevista semiestructurada requiere de un tiempo prolongado y es necesario un entrenamiento previo para su aplicación. En el contexto forense se recomienda su utilización en la evaluación de los graves trastornos de la personalidad. Los instrumentos semiestructurados más utilizados son la Entrevista de Evaluación de la Personalidad (PAS), la Entrevista Clínica Estructurada para DSM-IV (SCID-II), la Evaluación Estandarizada de la Personalidad (SAD), y el Examen Internacional para los Trastornos de Personalidad (IPDE), que permite realizar los diagnósticos tanto para los criterios DSM-V como para la CIE-10.

Para evaluar de forma adecuada un trastorno de la personalidad en contextos clínicos y forenses son requisitos indispensables los siguientes<sup>317</sup>:

- varias entrevistas semiestructuradas con la persona a evaluar;
- entrevistas con informadores, especialmente padres, amigos y compañero/a sentimental;
- una completa historia clínica (anamnesis) en salud mental, incluyendo el historial de hospitalizaciones y tratamientos ambulatorios, los tratamientos prescritos y la adherencia terapéutica a ellos;
- historial médico completo, escolar, laboral y penitenciario, incluyendo los antecedentes penales;
- el estudio de los hechos y circunstancias que motivan el análisis;
- entrevista estructurada para los trastornos de la personalidad (SCID-II), y/o examen internacional para los trastorno de la personalidad (IPDE), con informador externo;

---

<sup>317</sup> ESBEC RODRÍGUEZ, E., ROBLES, J. I. "Evaluación de los Trastornos de la Personalidad en Psiquiatría Forense", en DELGADO BUENO, S. *Tratado de Medicina Legal y Ciencias Forenses*, Tomo V, Bosch, Barcelona, 2013, págs. 141-178.

-alguno de los test de personalidad y pruebas complementarias para valorar rasgos;

-para el diagnóstico de la personalidad psicopática, esencial en ciencias forenses, es de obligado uso la Escala de Calificación de la Psicopatía (Psychopathy Checklist o PCL).

El diagnóstico de cualquier trastorno de la personalidad se obtiene de la convergencia de múltiples datos. Deben seguirse las siguientes directrices<sup>318</sup>:

-la persona debe cumplir claramente los criterios diagnósticos de un trastorno de la personalidad, indicando cuantos, cuáles y en qué grado. En el caso de la psicopatía debe conocerse la puntuación obtenida en la PCL-R.

-debe acreditarse que los rasgos son desadaptativos en el nivel personal y/o interpersonal;

-debe acreditarse que se trata de disposiciones de inicio precoz, o al menos de años de evolución, para diferenciarlas de la simple acentuación de rasgos y las transformaciones de la personalidad por enfermedad o experiencias catastróficas;

-debe quedar claro que tales disposiciones son omnipresentes en la vida del sujeto, para diferenciarlas de conflictos concretos en el contexto personal, de pareja, familiar o laboral;

-los rasgos desadaptativos deben ser resistentes al cambio, lo que suele implicar fracaso de los intentos terapéuticos previos;

-la conducta deber ser congruente con tales disposiciones anómalas.

#### **IV. LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD Y LA CONDUCTA VIOLENTA**

En población forense y penitenciaria la prevalencia de los trastornos de la personalidad es muy elevada, variando mucho en los diferentes estudios según el tipo de muestra y los instrumentos de evaluación.

---

<sup>318</sup> ESBEC RODRÍGUEZ, E., ROBLES, J .I. “Evaluación de los Trastornos...” ob. cit. págs. 141-178.

Entre los trabajos, considerados como clásicos, y teniendo en cuenta el meta-análisis realizado, hay que destacar el de Fazel y Danesh<sup>319</sup>, comentado en un capítulo anterior de esta Memoria Doctoral, que con unos criterios exigentes de inclusión y sobre una muestra total 10.797 varones y 3.049 mujeres (preventivos y condenados), encuentran en varones una prevalencia de trastornos de la personalidad del 65%, destacando el trastorno antisocial de la personalidad con el 47%. En mujeres la prevalencia es del 42%, siendo el 21% de ellas diagnosticadas de trastorno antisocial y el 25% de trastorno límite de la personalidad.

En Estados Unidos, en una muestra de 118 varones agresores sexuales Dunssieht y otros<sup>320</sup> encuentran las siguientes prevalencias: 55,8% personalidad antisocial; 28,3% personalidad límite; 25,7% paranoide; 24,8% narcisista; 20,4% evitativo, 15% obsesivo; 10,6% no especificado; 7,1% esquizoide; 4,4% dependiente; 3,5 histriónico y 0,9% esquizotípico.

En Uruguay, en una muestra de 99 casos de homicidas Fielirz y Cardozo<sup>321</sup> encuentran en homicidios consumados una prevalencia global de trastorno de la personalidad del 32,9% y en tentativas de homicidio del 52,9%.

En población forense holandesa, Ruitter y Trestman<sup>322</sup> encuentran el 45% de trastorno antisocial de la personalidad en una muestra de hombres condenados por violencia grave contra la pareja. Otras prevalencias son las siguientes: compulsivo (57,8%), dependiente (34,2%), paranoide (25%), antisocial (19,7%).

---

<sup>319</sup> FAZEL, S., DANESH, J. "Serious mental disorder...", ob cit., págs. 545-550.

<sup>320</sup> DUNSSIEHT, N. W., NELSO, E. B., BRUSMAN-LOVINS, L. A. "Psychiatric and legal features of 113 men convicted of sexual offenses", *Journal Clinical Psychiatry*, Vol. 65, 2004, 293-300.

<sup>321</sup> FIELIRZ, P., CARDOZO, F. "Homicidio y enfermedad mental. Estudio descriptivo de los homicidas derivados a Sala de Seguridad de Hombres en el período 1994-2000", *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, Vol. 70, 2006, págs. 7-14.

<sup>322</sup> RUITER, C., TRESTMAN, R. L. "Prevalence and treatment of personality disorders in Dutch forensic mental health services", *Journal American Academy Psychiatry and Law*, Vol. 35, 2007, págs. 92-97/FERNÁNDEZ-MONTALVO, J., ECHEBURÚA, E. "Variables psicopatológicas y distorsiones cognitivas de los maltratadores en el hogar: un análisis descriptivo", *Análisis y Modificación de Conducta*, Vol. 23, 1997, págs. 151-178.

En instituciones penitenciarias españolas, se han efectuado varios estudios al respecto. En muestras de dos prisiones, Riesco<sup>323</sup> encontró para el trastorno antisocial de la personalidad una prevalencia del 30-34%, para el trastorno límite del 11%-17%, para el trastorno paranoide del 12-21% y para el trastorno de la personalidad no especificado entre el 7 y el 14%.

Álvaro<sup>324</sup>, en su tesis doctoral, utilizando la entrevista semiestructurada IPDE, en una muestra de 100 penados varones y mujeres, obtiene un 60% de prevalencia global de trastorno de la personalidad. El 47% presenta un trastorno, el 7% dos trastornos, el 4% tres, el 1% cuatro y el 1% cinco trastornos. El Trastorno antisocial de la personalidad es el más frecuente de la muestra estudiada con una prevalencia del 30%. Este trastorno se asocia al perfil penitenciario de mayor gravedad y a la dependencia de heroína, cocaína, cannabis y benzodiacepinas. El segundo trastorno más frecuente es el trastorno límite de la personalidad con una prevalencia del 17%. Se asocia a la dependencia de cannabis, benzodiacepinas y alcohol, y también al antecedente de conducta autoagresiva, pero no se ha demostrado asociación con variables penitenciarias de mal pronóstico. El tercer trastorno de personalidad más frecuente es el trastorno no especificado, con una prevalencia del 14%.

Arroyo y Ortega<sup>325</sup> publican un estudio efectuado en una muestra de 60 internos y encuentran que el 31% presentaban trastorno de personalidad, el 36,6% entre inadaptados y el 23,6% entre adaptados al medio carcelario.

El análisis descriptivo y estadístico de sentencias judiciales es otra línea de investigación. En el estudio de González Guerrero<sup>326</sup> sobre resoluciones de la jurisdicción penal en España, tanto de las Audiencias Provinciales como del TS, efectuado entre 1983 y

---

<sup>323</sup>RIESCO, Y. *Estudio de los trastornos de la personalidad en población penal con el "Examen de los trastornos de personalidad de Loranger, Susman, Olman y Russakoff" y el "MMPI"*. Tesis doctoral. Salamanca, Facultad de Medicina de la Universidad de Salamanca, 1997.

<sup>324</sup>ÁLVARO, E. *Evaluación de la psicopatía en una muestra de reclusos usuarios de drogas con la psychopathy checklist de hare*. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid; Facultad de Medicina, Departamento de Toxicología y Legislación Sanitaria, 2007.

<sup>325</sup>ARROYO, J. ORTEGA, E. "Personality disorders amongst inmates as a distorting factor in the prison social climate", *Revista Española Sanidad Penitenciaria*, Vol. 11, 2009, págs. 11-15.

<sup>326</sup>GONZÁLEZ GUERRERO, L. "Características descriptivas de los delitos cometidos por sujetos con Trastornos de Personalidad: motivaciones subyacentes, *modus operandi* y relaciones víctima-victimario", *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, Vol. 7, 2007, págs. 19-39.

2007 se muestra en delincuentes varones la prevalencia siguiente: Trastorno antisocial (39,14%); Trastorno límite (28,18%); Trastorno paranoide (18,66%). En mujeres predomina el Trastorno límite de la personalidad.

Duggan y Howard<sup>327</sup> critican que las muestras de este tipo de estudios analizados no son representativas, al estar integradas por detenidos, condenados, presos o internos. Respecto a los estudios transversales y especialmente los efectuados con tests u otros autoinformes, opinan que impiden abordar de forma fiable dos aspectos fundamentales para efectuar un diagnóstico de trastornos de personalidad: inicio precoz y omnipresencia transtemporal y transituacional de los rasgos desadaptativos.

En esta línea, Coid y otros autores<sup>328</sup> efectúan un análisis retrospectivo de cinco años en una población general de Reino Unido, mediante una encuesta efectuada a más de 8.000 personas. El 11% de personas con Trastornos de Personalidad informaron de conductas violentas frente al 7% de la población sin trastorno. Sin embargo, la cifra ascendía al 52% si se asociaba abuso de alcohol u otras drogas.

Sin embargo, en relación a los estudios que se realizan algunos aspectos es preciso tener en consideración. En primer lugar, con las actuales categorizaciones se sobrediagnostican los trastornos de personalidad en este tipo de poblaciones. Así pues, es muy común que se produzca una psiquiatrización del comportamiento criminal y que los trastornos de personalidad se confundan con las acentuaciones de rasgos de personalidad, como consecuencia del procedimiento penal o de la prisionización. En estas poblaciones, se dan procesos de simulación-exageración que distorsionan los resultados.

Con frecuencia también se pueden encontrar varios diagnósticos de trastornos de personalidad en el mismo sujeto, ya que las actuales categorías diagnósticas presentan ítems que se solapan entre sí, y por esta razón los datos se encuentran sobrestimados.

---

<sup>327</sup> DUGGAN, C., HOWARD, R. C. "The "functional link" between personality disorder and violence: A critical appraisal", en MCMURRAN, M., HOWARD, R. C. *Personality, personality disorder and violence*, Wiley, Chichester, 2009, págs. 19-38.

<sup>328</sup> COID, J., YANG, M., ROBERTS, A., ULLRICH, S., MORAN, P., BEBBINGTON, P., BRUGHA, T., JENKINS, R. "Violence and psychiatric morbidity in a national household population a report from the British Household Survey", *American Journal Epidemiology*, Vol. 164, 2006, págs. 1199-208.



Finalmente, a la hora de analizar el hecho criminal no se puede olvidar la contaminación de factores situacionales: interacción con la víctima, incitación de otros, motivaciones, aspectos socio-económicos, etc. El perito es imprescindible que adopte una posición de “comprensión escénica” para valorar la incidencia real de tales anomalías.

Uno de los factores de riesgo de reincidencia en todos los protocolos de valoración es el diagnóstico de trastornos de personalidad, pero hay que aclarar los siguiente: 1) la mayoría de las personas con trastornos de personalidad no son violentas ni lo han sido nunca; 2) muchas personalidades anormales son más bien víctimas propiciatorias que delincuentes; 3) ningún trastorno de personalidad está asociado necesariamente a conductas violentas de forma permanente; 4) desde un planteamiento dinámico, un trastorno de personalidad no explica por sí solo la conducta violenta.

Anteriormente hemos descrito los rasgos de personalidad presentes en los diferentes trastornos de personalidad. Como hemos comentado, muchos de ellos predisponen a una conducta violenta, que puede materializarse en un momento dado. También la asociación entre trastornos de personalidad, violencia y consumo de sustancias se encuentra ampliamente referenciada en la literatura científica, bien por una asociación contextual (búsqueda y estrategia de consecución de sustancias), bien por tener factores causales similares y por tanto concurrir en determinados sujetos, o porque determinadas sustancias incrementan la probabilidad de presentar conducta violenta, situación que se explica por sus propiedades farmacodinámicas (mecanismos de actuación y efectos en el organismo)<sup>329</sup>.

Los rasgos de la personalidad que más conducen a la violencia son la impulsividad, la regulación afectiva deficiente, el narcisismo y el paranoidismo<sup>330</sup>. En el DSM 5 hay propuestos seis dominios y treinta siete facetas, destacando como etiológicos de la conducta violenta el dominio emotividad negativa con las facetas labilidad emocional y desconfianza; el dominio introversión con su faceta afectividad restringida; el dominio antagonismo con todas sus facetas (insesibilidad, manipulación, narcisismo, histrionismo, hostilidad, agresión,

---

<sup>329</sup> OSUNA, E., LUNA, A. “Impulsivity and attention perception features in relation to juvenile delinquency”, *Journal Forensic Science*, Vol. 34, 1989, págs. 1235-1245/OSUNA, E., ALARCÓN, C., LUNA, A. “Personality traits in juvenile maladjustment”, *Journal Forensic Science*, 1992, Vol. 37, págs. 228-236/OSUNA, E., LUNA, A. “Psychological traits and Criminal profiles”, *Medical and Law*, Vol. 12, 1993, págs. 171- 180.

<sup>330</sup> NESTOR, P. “Mental disorder and violence”, *American Journal Psychiatry*, Vol. 159, 2002, págs. 1973-1978.

negativismo, engaño); el dominio desinhibición con todas sus facetas (impulsividad, desatención, imprudencia, irresponsabilidad), y en mucha menor medida los dominios esquizotipia y compulsividad con sus facetas correspondientes<sup>331</sup>.

También hay que destacar como rasgos de personalidad muy relacionados con la violencia los siguientes: psicoticismo y extraversión elevadas en el EPQ (Cuestionario de personalidad Eysenck), búsqueda de sensaciones impulsivas, búsqueda de novedad con alta y baja evitación del riesgo, elevada extraversión y baja amabilidad en el NEO-PI-R (Inventario de Personalidad NEO Revisado)<sup>332</sup>, agresividad, psicoticismo y descontrol, disregulación emocional y rasgo antisocial, puntuaciones en psicopatía, hostilidad, narcisismo, disregulación emocional, disforia, afecto negativo, baja responsabilidad y baja amabilidad, polaridad yo-activa<sup>333</sup>.

Uno de los aspectos, que de forma repetida, nuestro TS ha tratado en sus sentencias es la incidencia de los trastornos de personalidad en la base psicopatológica de la imputabilidad. Con mayor amplitud en un apartado anterior se han tratado las cuestiones relacionadas con el establecimiento de la imputabilidad como requisito previo de la responsabilidad y de la culpabilidad del hecho cometido. No obstante, algunas consideraciones vamos a realizar en este apartado.

A lo largo de la década de los años ochenta, los trastornos de personalidad se denominaban de manera genérica “psicopatías” y la tendencia general era considerarlas como simples alteraciones del carácter que no incidían en la imputabilidad<sup>334</sup>.

---

<sup>331</sup> ESBEC, E., ECHEBURÚA, E. “La reformulación de los trastornos de la personalidad en el DSM 5”. *Actas Psicología forense: Instrumentos de evaluación y perspectivas*, *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, Vol. 3, 2011, págs. 65-90.

<sup>332</sup> Este instrumento evalúa los principales factores de personalidad: Neuroticismo, Extraversión, Apertura, Amabilidad y Responsabilidad.

<sup>333</sup> EYSENCK, H. J. “The classification of depressive illnesses”, *British Journal Psychiatry*, Vol. 117, 1970, págs. 241-250/CLONINGER, C. R. “A practical way to diagnosis personality disorders”, *Journal Personality Disorder*, Vol. 14, 2000, págs. 99-108/HARKNESS, A. R., MCNULTY, J. L. “The Personality Psychopathology Five (PSY-5): Issue from the pages of a diagnostic manual instead of a dictionary”, en STRACK, S., LORR, M. *Differentiating normal and abnormal personality*, Springer, New York, 1994/LIVESLEY, W. J., JACKSON, D. N. *Dimensional Assessment of Personality Pathology manual*. Sigma, Port Huron, 1999.

<sup>334</sup> La STS de 2 de Noviembre de 1983 señalaba que “la entidad nosológica conocida bajo la denominación de psicopatía, no constituye propiamente una verdadera enfermedad mental o psicosis (...), sino una grave atipia caracterológica, o sea, una especial manera de ser (...); el psicópata es una personalidad desviada; sin que por

Años más tarde, en los noventa, el TS, haciéndose eco de la doctrina psiquiátrica y la inclusión de estas patologías en la novena revisión de la clasificación internacional de las enfermedades mentales, elaborada por la OMS (CIE-9), entendió mayoritariamente que “las psicopatías constituyen desequilibrios caracterológicos e integran enfermedades mentales de carácter endógeno, originadoras de trastornos de temperamento, de conducta y de la afectividad, con merma sensible de esta, y que merecen en principio una disminución de la pena, que como norma general estribará en la aplicación de una atenuante analógica”<sup>335</sup>. En algunas Sentencias el TS indicó que “la psicopatía debe ser valorada como eximente incompleta cuando determine una disminución importante de la capacidad de autodeterminación” y “siempre que exista una causalidad psíquica entre el trastorno de personalidad que implica la psicopatía y el delito cometido”<sup>336</sup>.

La publicación del nuevo CP en 1995, facilitó la consideración de los trastornos de personalidad dentro de los supuestos de “anomalía” y “alteración psíquica” del art. 20, respecto al antiguo supuesto de “enajenación” del art. 8 del antiguo Código. El padecimiento de trastorno de personalidad debe estar plenamente acreditado, por lo que no es suficiente un examen transversal puntual con entrevistas o autoinformes, sino que los rasgos desadaptativos de la personalidad deben haber sido puestos de manifiesto claramente en la historia clínica y estar bien documentados<sup>337</sup>.

---

ello pueda considerársele como un enajenado como es el de psicótico (...), por lo que esta Sala a semejanza de lo que viene haciéndose por los Tribunales extranjeros en su mayor parte (Alemania, Francia e Italia, etc...), viene sosteniendo la imputabilidad y responsabilidad de los psicópatas...”.

<sup>335</sup> SSTs de 5 de Octubre de 1991, 17 de Febrero de 1993, 31 de Mayo de 1994, 13 de Junio de 1994, 5 de Mayo de 1995, 19 de Diciembre de 1996, 23 de Noviembre de 1997, entre otras muchas.

<sup>336</sup> SSTs de 24 de Enero de 1991, 22 de Abril de 1993 y 3 de Junio de 1994/SSTs de 6 de Abril de 1992 y 23 de Enero de 1993.

<sup>337</sup> Debe recordarse al respecto que “cualquier circunstancia de exención o atenuación de la responsabilidad criminal debe quedar tan probada como los hechos mismos, correspondiendo la carga de la prueba a quien las alega” (STS de 15 de Enero de 2004)/La jurisprudencia (STS de 11 de Marzo de 2010; STS de 8 de Abril de 2010; STS de 23 de Abril de 2010), establece la complejidad y dificultad de establecer una doctrina general sobre la incidencia de los trastornos de la personalidad en la capacidad de culpabilidad, e insiste en que debe estudiarse cada caso, de manera individualizada. El TS, como regla general, entiende que los trastornos de personalidad se valoran personalmente como atenuante analógica, que los simples rasgos desadaptativos de personalidad no inciden en la imputabilidad y que la eximente incompleta es de aplicación excepcional y queda reservada para casos muy graves, acreditados o asociados a otros trastornos mentales: “Un trastorno de personalidad, por sí mismo, no es fundamento suficiente para estimar una eximente incompleta” (STS de 23 de Abril de 2010).

## V. LOS TESTS DE PERSONALIDAD

El uso de los test psicométricos ha generado numerosas controversias en el ámbito de la evaluación forense, como consecuencia de la toma de decisiones jurídicas, muchas de ellas de importantes repercusiones, como por ejemplo la custodia infantil o la responsabilidad criminal, que pueden verse, en alguna o gran medida, influenciadas por el informe y las recomendaciones realizadas por el perito<sup>338</sup>. Entre las pruebas más utilizadas hemos de destacar el MMPI-2, el MCMI-III, el PAI y el PAS (Personality Assessment Screener), a los que en este momento nos vamos a referir de forma breve.

El MMPI-2, es sin duda el test de personalidad más difundido y de mayor uso<sup>339</sup>. Se utiliza en una gran variedad de contextos forenses<sup>340</sup>, para valorar el daño psicológico<sup>341</sup>. Contiene 567 ítems de respuesta dicotómica (verdadero o falso), y proporciona una gran variedad de escalas de validez, clínicas, de contenido, etc. Remitimos al lector a un apartado posterior, donde algunas de estas pruebas serán descritas con mayor profundidad.

El Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III (MCMI-III), también se utiliza con frecuencia en las evaluaciones forenses. Consta de 175 ítems de respuesta dicotómica (verdadero o falso), y proporciona numerosas escalas de validez, rasgos y trastornos de personalidad y síndromes psicopatológicos<sup>342</sup>.

<sup>338</sup> ARCHER, R. P., BUFFINGTON-VOLLUM, J. K., STREDNY, R. V., HANDEL, R. W. "A survey of Psychological Test Use Patterns Among Forensic Psychologists". *Journal of Personality Assessment*, Vol. 87, 2006, págs. 84-94/BORUM, R., GRISSO, T. "Psychological test use in criminal forensic evaluations", *Professional Psychology: Research and Practice*, Vol. 26, 1995, págs. 465-473/ESBEC, E., GÓMEZ-JARABO, G. *Psicología Forense y Tratamiento Jurídico-legal de la discapacidad*, Madrid, Edifoser, 2000, pág 97-106.

<sup>339</sup> LEES-HALEY, P. R. "Psychodiagnostic test usage by forensic psychologists", *American Journal of Forensic Psychology*, Vol. 10, 1992, págs. 25-30/OTTO, R. "Use of the MMPI-2 in forensic settings", *Journal of Forensic Psychology Practice*, Vol. 2, 2002, págs. 71-91.

<sup>340</sup> BORUM, R., GRISSO, T. "Psychological test use in criminal forensic evaluations", *Professional Psychology: Research and Practice*, Vol. 26, 1995, págs. 465-473.

<sup>341</sup> BOCCACCINI, M. T., BRODSKY, S. L. "Diagnostic test use by forensic psychologists emotional injury cases", *Professional Psychology: Research and Practice*, Vol. 30, 1999, págs. 253-259.

<sup>342</sup> ARCHER, R. P., BUFFINGTON-VOLLUM, J. K., STREDNY, R. V., HANDEL, R. W. "A survey of Psychological Test Use Patterns Among Forensic Psychologists", *Journal of Personality Assessment*, Vol. 87, 2006, págs. 84-94/BOW, J. N., FLENS, J. R., GOULD, J. W., GREENHUT, D. "An analysis of administration, scoring, and interpretation of the MMPI-2 and MCMI-II/III in child custody evaluations", *Journal of Child Custody*, Vol. 2, 2005, págs. 1-22/CRAIG, R. J. "The Millon Clinical Multiaxial Inventory-III", en ARCHER, R. D. *Forensic uses of clinical assessment instruments*, Lawrence Erlbaum, Manwah, 2006, págs. 121-

El Inventario de Evaluación de la Personalidad (PAI), es una prueba multiescala de nueva generación que presenta algunas ventajas sobre el MMPI-2. Se compone de 344 ítems, por lo que es más corto, y hay cuatro opciones de respuesta a los ítems (“falso”, “ligeramente verdadero”, “bastante verdadero”, “muy verdadero”) frente al verdadero o falso del MMPI-2. Los ítems son de más fácil comprensión (4º grado de lectura) por lo que se puedan utilizar con gran parte de la población clínica y forense.

La Escala de Calificación de la Psicopatía (Psychopathy Checklist o PCL), es un instrumento de referencia a nivel internacional para la evaluación de la psicopatía en la población penitenciaria y en la práctica clínica y forense. Se ha demostrado su capacidad para detectar determinados perfiles delictivos, así como predecir reincidencias, quebrantamientos de condena y conducta antisocial dentro y fuera de los centros penitenciarios. Se compone de 20 ítems que el evaluador debe puntuar con 0,1 o 2 puntos a partir de la información recogida durante una entrevista estructurada, incluida en el instrumento, y de la documentación disponible sobre el sujeto, como su historial delictivo, informe periciales, actas de juicios, historial laboral, valoraciones de iguales, etc.

El PCL-R proporciona una puntuación general de la Psicopatía y puntuaciones en dos factores (interpersonal/afectivo y desviación social), y en cuatro facetas (interpersonal, afectiva, estilo de vida, antisocial). La escala tiene distintas modalidades: revisada (PCL-R); versión resumida (Screening Version, PCL:SV), validada para uso forense y clínico; versión juvenil (Youth Versión, PCL:YV), inventario validado para delincuentes juveniles. También ha sido ampliamente utilizado como herramienta de evaluación del riesgo. Las propiedades predictivas de la PCL-R para la conducta antisocial y violenta comunitaria e institucional parecen referirse principalmente al factor 2 que comprende la dimensión de estilo de vida antisocial.

---

145/SCHUTTE, J. W. “Using the MCMI-III in forensic evaluations”, *American Journal of Forensic Psychology*, Vol. 19, 2001, págs. 5-20.



# **CAPÍTULO VII**

## **LA SIMULACIÓN**





## I. LA SIMULACIÓN Y LA RESPUESTA DISTORSIONADA

La simulación es un tipo de conducta humana encaminada a la obtención de un determinado beneficio mediante el que se producen de forma intencionada unos síntomas físicos y psicológicos. Forma parte de la naturaleza humana y afecta tanto al área personal como social del individuo<sup>343</sup>. Como señalan Aronoff y otros<sup>344</sup>, el concepto de simulación viene de muy antiguo, ya en los tiempos bíblicos los individuos fingían enfermedades para evitar ejecuciones. Así, las personas a lo largo de los años han recurrido a la simulación para evitar trabajos, el servicio militar, responsabilidades, etc. Por consiguiente, se puede señalar que la simulación ha acompañado durante todos los tiempos la existencia humana.

Son múltiples las definiciones de simulación que se podrían presentar, por lo que resulta difícil limitarnos a una única aproximación. De hecho, sigue existiendo una falta de acuerdo en torno a la definición. La simulación se incorpora como entidad clínica en la tercera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales editado por la Asociación Americana de Psiquiatría en 1980, el DSM-III, pero no aparece codificada como trastorno mental en los grandes sistemas clasificatorios (DSM y CIE-10), por lo que los profesionales de la salud deben evitar referirse al diagnóstico de la simulación como un trastorno mental o del comportamiento, sino más bien deben señalar la detección (evaluación) de un estilo de conducta fraudulento centrado en el engaño sobre la enfermedad y la discapacidad.

En la actualidad, en el DSM 5 se incluye dentro de la sección dedicada a “problemas adicionales que pueden ser objeto de atención clínica”. Se define como la producción intencional de síntomas físicos y/o psicológicos falsos o exagerados motivados por incentivos externos<sup>345</sup>. Debe sospecharse si existe alguna de las combinaciones presentes: 1) presentación en un contexto médico-legal; 2) discrepancia acusada entre el estrés o la alteración explicados por la persona y los datos objetivos de la exploración médica; 3) falta de

---

<sup>343</sup> LEMOS, S. “Simulación, engaño y mentira”, *Papeles del Psicólogo*, Vol. 26, 2005, págs. 57-58.

<sup>344</sup> ARONOFF, G. M., MANDEL, S., GENOVESE, E., MAITZ, E. A., DORTO, A. J., KLIMEK, E. H., STAATS, T. E. “Evaluating malingering in contested injury or illness”. *Pain Practice*, Vol. 7, 2007, págs. 178-204.

<sup>345</sup> AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 5ª ed., Washington, 2013.

cooperación durante la valoración diagnóstica e incumplimiento del régimen de tratamiento prescrito y 4) presencia de trastorno antisocial de la personalidad.

Sin embargo, tal y como señalan Rogers y Vitacco<sup>346</sup> no podemos limitarnos a estos indicadores de simulación que nos proporciona la APA. De acuerdo con los datos disponibles podría cometerse una elevada tasa de falsos positivos, en torno al 80%. Por ejemplo, Kucharski y otros<sup>347</sup> encontraron que aunque existe cierta relación entre psicopatía y simulación, la psicopatía no es un indicador útil de la misma. Por ello, se han desarrollado métodos estandarizados para detectar la simulación, que posteriormente comentaremos.

Así pues, las claves para su detección se pueden resumir en los siguientes aspectos: hay evidencia de un incentivo externo o de la producción intencional de los síntomas; el paciente presenta inconsistencias en diversas pruebas psicológicas y físicas, o en distintos ámbitos (médico, psicológico, fisioterapéutico, rehabilitación, etc.); se observa la convergencia de datos de diferentes fuentes, profesionales y pruebas psicológicas, neuropsicológicas, médicas, etc.; la detección de la simulación exige una evaluación multimétodo o multisistema.

Pueden darse tantas posibilidades de simulación como potenciales beneficios imaginables. Para Gisbert-Calabuig<sup>348</sup>, los rasgos que la definen son: voluntariedad al ser consciente el individuo del fraude; imitación de trastornos patológicos o de sus síntomas; y finalidad utilitaria, es decir, beneficio o provecho utilitario para el simulador.

De acuerdo con Inda y otros autores<sup>349</sup>, puede presentarse en todo tipo de enfermedades somáticas y trastornos mentales, siendo el trastorno por estrés postraumático, el síndrome de daño cerebral postraumático, la amnesia y la psicosis los principales trastornos que suelen ser objeto de simulación. No obstante, resulta excesivamente complejo establecer

---

<sup>346</sup> ROGERS, R., VITACCO, M. J. "Forensic assessment of malingering and related response styles", en VAN DORSTEN, B. *Forensic Psychology: From Classroom to Courtroom*, New York, NY: Kulwer Academic Press, New York, 2002. págs. 83-104.

<sup>347</sup> KUCHARSKI, L. T., DUNCAN, S., EGAN, S. S., FALKENBACH, D. M. "Psychopathy and malingering of psychiatric disorder in criminal defendants". *Behav Sci Law*, págs. 633-644.

<sup>348</sup> GISBERT CALABUIG, J. A. "Simulación y disimulación" en VILLANUEVA CAÑADAS, E. *Medicina legal y toxicología*, Gisbert Calabuig, 6ª ed., Masson, Barcelona, 2004, págs. 1200-1208.

<sup>349</sup> INDA, M., LEMOS, S., LÓPEZ, A.M., ALONSO, J. L. "La simulación de enfermedad física o trastorno mental". *Papeles del Psicólogo*, Vol. 26, 2005, págs. 99-108.

unas tasas de prevalencia esclarecedoras, éstas son muy difíciles de determinar, entre otras cuestiones, porque los simuladores exitosos no son detectados y, por tanto, no pueden ser incluidos. De este modo, el signo predominante que se extrae de los datos ofrecidos por las diferentes investigaciones es la variabilidad y la ausencia de consenso.

Por otro lado, conocer los aspectos que caracterizan a los simuladores puede resultar muy útil a la hora de tomar en consideración la posibilidad de simulación ante determinados sujetos, favorecer su comprensión y facilitar la evaluación en tales casos. Al respecto, algunos autores han establecido diferentes rasgos que se observan frecuentemente en sujetos simuladores. Según Aldea<sup>350</sup> el perfil del simulador sería el siguiente. Presenta mayor frecuencia entre los hombres con una edad de comienzo entre los 24 y los 56 años. Generalmente, pertenecen a un nivel sociocultural bajo y se caracterizan por una adaptación social oportunista y cambiante. Por otro lado, refiere que sus ingresos hospitalarios se caracterizan por su escasez y baja duración, aunque en ocasiones, pongan en peligro su vida al intentar simular una enfermedad grave. Así mismo, la mayor parte de los simuladores rechazan las evaluaciones y terapias psicológicas y psiquiátricas, dificultando el conocimiento de la base psicopatológica subyacente. El origen de la perturbación es consciente, existe un control voluntario sobre la sintomatología y persigue la consecución de algún tipo de indemnización o ventaja.

Por su parte, Conroy y Kwartner<sup>351</sup> refieren que la simulación se caracterizaría por:

- a) Las respuestas serán menos psicóticas con la fatiga. Por ello es recomendable realizar entrevistas largas cuando se sospecha simulación;
- b) Mayor presencia de síntomas negativos que positivos. Esto es, habitualmente, aparecerán delirios o alucinaciones, pero un comportamiento catatónico o un afecto aplanado raramente serán simulados;
- c) Es probable que el simulador enfatice sus delirios;

---

<sup>350</sup> ALDEA, M. J. "Revisión del estado actual de los conocimientos sobre la neurosis de renta". *Informaciones Psiquiátricas*, Vol. 138, 1994, págs. 411-436.

<sup>351</sup> CONROY, M. A., KWARTNER, P. P. "Malingering". *Applied Psychology in Criminal Justice*, Vol. 2 2006, págs. 29-51.

d) Las aberraciones aparecen más en lo que verbaliza que en la forma de pensar. Por ejemplo, es complicado simular un lenguaje desorganizado o la fuga de ideas a lo largo de una entrevista de larga duración;

e) Respuestas aproximativas;

f) Aquiescencia del sujeto ante los síntomas sugeridos por el evaluador. Los simuladores tienden a asumir que padecen la sintomatología que refiere el evaluador, cuando consideran que incrementará la apariencia de psicopatología;

g) Combinación de síntomas no consistentes con ninguna enfermedad mental. Los simuladores suelen relatar síntomas de modo indiscriminado, ya que creen que a mayor número de síntomas mayor será la gravedad del trastorno.

Un concepto mucho más amplio que el de simulación es el término “distorsión”, al que Furnham<sup>352</sup> alude en aquellas situaciones en las que la persona da respuestas falsas de forma deliberada para conseguir un perfil determinado. Las razones son variadas, y en el contexto en el que nos desenvolvemos en este trabajo, puede ser de utilidad para el presunto culpable de un hecho delictivo a quien le puede interesar que el resultado de su perfil aparezca como “trastornado” para conseguir algún tipo de exención de la responsabilidad criminal<sup>353</sup>. Así pues, la distorsión puede ser negativa, cuando el individuo intenta ofrecer una imagen negativa y positiva cuando intenta aparece más equilibrado de lo que está en realidad.

---

<sup>352</sup> FURNHAM, A. “Response bias, social desirability and dissimulation”, *Personality and individual differences*, Vol. 7, 1986, págs. 385-400.

<sup>353</sup> KURLYCHEK, ROBERT-T., JORDAN, L. “MMPI profiles and code types of responsible and nonresponsible criminal defendants”, *Journal of Clinical Psychology*, vol 36, 1980, págs. 590-593/ROMAN, D., TULEY, M., VILLANUEVA, M., MITCHELL, W. “Evaluating MMPI validity in a forensic psychiatric population: distinguishing between malingering and genuine psychopathology”, *Criminal Justice and behaviour*, Vol. 17, págs. 186-198.

La distorsión deliberada puede conseguirse a través de diferentes formas, que, a su vez, pueden interrelacionarse entre sí<sup>354</sup>:

“Defensividad”: que consiste en la negación de síntomas con el objetivo de ofrecer una imagen positiva al evaluador. Para Rogers es el término opuesto al de simulación<sup>355</sup>.

“Overreporting”: que consiste en exagerar deliberadamente los síntomas de una enfermedad, incapacidad o incompetencia.

“Underreporting”: cuando deliberadamente se intentan minimizar, los síntomas de una enfermedad, incapacidad o incompetencia.

“Faking good”: cuando el individuo, de forma deliberada e intencionada, quiere dar una buena imagen de sí mismo.

“Faking bad”: contrario al anterior y se da cuando el sujeto intenta dar una mala imagen de sí mismo y le interesa por alguna razón aparecer intencionadamente, como enfermo, incapacitado o incompetente.

“Malingering”: es un fingimiento deliberado de enfermedad, incapacidad o incompetencia. Otros autores lo identifican con “hacerse el enfermo”.

“Fingimiento positivo”: el sujeto intenta mostrarse como más ajustado y equilibrado psicológicamente y para ello minimiza su sintomatología, mostrándose con una personalidad perfecta y equilibrada.

“Fingimiento negativo”: el sujeto se encuentra especialmente motivado para mostrarse desequilibrado o desajustado psicológicamente, y exagera su sintomatología o muestra una imagen desfavorable de sí mismo.

---

<sup>354</sup> SÁNCHEZ CRESPO, G. *Sensibilidad de las escalas e indicadores de validez en el perfil de personalidad del MMPI-2*, Ediciones Universidad de Salamanca, Salamanca., 2002, págs. 22-23.

<sup>355</sup> ROGERS, R. “Toward an empirical model of malingering and deception”, *Behavioral Sciences and the Law*, Vol. 2, 1984, págs. 93-112.

“Responder al azar”: el individuo de forma deliberada responde de una forma aleatoria con el resultado con lo que se consigue un perfil distorsionado.

“Deseabilidad social” (“social desirability”): el sujeto de forma deliberada finge una buena imagen de sí mismo o también persigue dar la imagen que cree que los demás esperan de él.

Rogers<sup>356</sup> sugiere tres modelos explicativos de la conducta simuladora según las diferentes motivaciones personales:

1. El modelo patogénico, que considera que el simulador es un enfermo. La simulación permite al sujeto percibir un cierto control sobre una sintomatología emergente con objeto de desarrollarla y mantenerla. De alguna manera se identifica con la “necesidad de estar enfermo”.

2. El modelo criminalizador, que se configura como un cuadro en el que la persona con un Trastorno Antisocial de la Personalidad, en situación de evaluación pericial o forense, decide no colaborar con el evaluador y fingirse enfermo, denotándose comportamientos, actitudes e incoherencias psicopatológicas evidentes para un experto.

3. El modelo adaptacional que explica la simulación como una decisión que toma el sujeto ante la amenaza de ruina de sus intereses y/o de la posibilidad de obtener un beneficio. Las personas evaluadas en un contexto que, a priori, se percibe como adverso (carcelario, judicial, policial, etc.) simularán, en mayor medida que aquellas otras personas evaluadas en ámbitos que se pueden percibir como menos amenazantes (consulta clínica, centros de orientación, educativos, etc.). Este modelo es el que, con carácter menos peyorativo explica la simulación. En este modelo el sujeto percibe la evaluación como un reto en el que tiene algo que ganar o perder dependiendo de los resultados de la evaluación. El fingimiento o simulación se convierte en una conducta de refuerzo y que puede resultar potencialmente útil.

---

<sup>356</sup> ROGERS, R. “Development of a new classificatory model of malingering”, *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 1990a, Vol. 18, págs. 323-333/ROGERS, R., SEWELL, K., MOREY, L., USTAD, K. “Detection of feigned mental disorders on the Personality Assessment Inventory: A discriminant analysis”, *Journal of Personality Assessment*, vol 67, 1996, págs. 629-640.

## II. DETECCIÓN DE LA SIMULACIÓN

La detección de la simulación requiere una estrategia unidimensional, compleja, centrada en varios aspectos que requiere el análisis del ámbito en que se desarrolla, las motivaciones y la administración de medidas empíricamente validadas que evalúen estrategias de detección<sup>357</sup>. Un principio fundamental es que, cuantas más inconsistencias presente un paciente en el proceso de detección, utilizando pruebas relativamente independientes y en diferentes dimensiones, es más fácil sospechar que su rendimiento refleja un esfuerzo deliberado por dar una imagen falsa de sus capacidades o sintomatología<sup>358</sup>.

La sospecha clínica de la simulación se fundamenta en las discrepancias e inconsistencias entre el diagnóstico previo y la evolución del paciente, en comparación con la evolución habitual en relación a la patología diagnosticada. Los aspectos que contribuyen a la sospecha de presencia de simulación en el contexto médico-legal son los siguientes:

1. Motivación y circunstancias: incentivos económicos, solución a problemas socioeconómicos, conducta antisocial, insatisfacción profesional, conflictos laborales, situación cercana a la jubilación e historia previa de engaño, simulación o actos deshonestos.

2. Sintomatología: presencia de síntomas atípicos o inusuales, exageración de la sintomatología, resultados en los tests psicológicos y sintomatología incongruente con el curso normal de la enfermedad.

3. Presentación ante la entrevista: falta de cooperación con el evaluador y con la divulgación de la información y discrepancias entre los datos, la entrevista y la historia clínica o la documentación preexistente.

4. Actividad/conducta fuera de la entrevista: actividad laboral durante el período de reclamación, realización de actividades lúdicas, no relacionadas con el trabajo, buen

---

<sup>357</sup> HUTCHINSON, G. L. *Disorders of simulation: Malingering, factitious disorders, and compensation neurosis*, Psychosocial Press, Madison, 2001/CAPILLA RAMIREZ, P., GONZALEZ ORDI, H. *Protocolo para la detección de la simulación del dolor en la práctica clínica: estudio de casos*, Trauma fundación MAPFRE, Vol. 20, 2009, págs. 255-263/GILLARD, N. D., ROGERS, R. "Malingering: models and methods" en BROWN, J. M., CAMPBELL, E.A. *The Cambridge Handbook of Forensic Psychology*, Cambridge University Press, Cambridge, 2010, págs. 683-689.

<sup>358</sup> BIANCHINI, K. J., GREVE, K. W., GLYNN, G. "On the diagnosis of malingered pain-related disability: lessons from cognitive malingering research", *The Spine Journal*, Vol. 5, págs. 404-417.

funcionamiento excepto en aquello relacionado con el desempeño de la actividad laboral, falta de compromiso con el tratamiento y estar bajo vigilancia.

Por su parte, Lezak y autores<sup>359</sup> recogen la siguiente relación de criterios:

- a) Presencia de importantes incentivos externos;
- b) Evidencia de los tests neuropsicológicos:
  - b.1 Tendencia de respuesta negativa;
  - b.2 Tendencia de respuesta probable en un test válido;
  - b.3 Discrepancia entre los datos del test y los patrones de funcionamiento cerebral;
  - b.4 Discrepancia entre los datos y el comportamiento observado;
  - b.5 Discrepancia entre los datos e informes fiables;
  - b.6 Discrepancia entre los datos y el historial clínico.
- c) Evidencia de la información del paciente:
  - c.1 Discrepancia entre la historia autoinformada del paciente y la historia documentada;
  - c.2 Discrepancia entre los síntomas autoinformados y los patrones de funcionamiento cerebral;
  - c.3 Discrepancia entre los síntomas autoinformados y el comportamiento observado;
  - c.4 Discrepancia entre los síntomas autoinformados y los informes de informadores cercanos.
- d) Evidencia de disfunción psicológica exagerada o inventada.

---

<sup>359</sup> LEZAK, M. D., HOWIESON, D., LORING, D. W. *Neuropsychological Assessment*, Oxford University Press. New York. 2004.



Los criterios diagnósticos han sido desarrollados por Slick y otros autores<sup>360</sup>, y Bianchini y otros autores<sup>361</sup> y coinciden en dos criterios fundamentales: la presencia de incentivos externos significativos y que los criterios mencionados no se explican mejor por factores psicopatológicos, neurológicos o evolutivos (diagnóstico diferencial). Sin embargo, difieren en las fuentes de información a considerar para el diagnóstico de simulación; mientras que la propuesta de Slick<sup>362</sup> está más orientada a la evaluación de la simulación del daño neurocognitivo, Vilar-López<sup>363</sup> tiene en cuenta la evidencia procedente de la evaluación neuropsicológica y de la evaluación mediante autoinforme; la propuesta de Bianchini y otros autores está orientada más a la detección de la simulación del dolor crónico incluyendo las anteriores y añadiendo la información procedente de la evaluación física/médica<sup>364</sup>. No obstante, ambos sistemas diagnósticos son perfectamente compatibles y pueden utilizarse de forma combinada para aumentar el rendimiento diagnóstico de simulación<sup>365</sup>.

Para Bianchini y otros autores<sup>366</sup> los criterios diagnósticos son los siguientes:

Criterio A. Evidencia de incentivos externos significativos contingentes con un patrón de exageración o generación de síntomas (estatus de litigio, pensión por discapacidad, indemnizaciones por parte de aseguradoras, prolongación de bajas laborales, obtención de más medicación, etc.).

---

<sup>360</sup> SLICK, D. J., SHERMAN, E. M., IVERSON, G. L. "Diagnostic criteria for malingering neurocognitive dysfunction: Proposed standards for clinical practice and research", *The Clinical Neuropsychologist*, Vol. 13, págs. 545-561.

<sup>361</sup> BIANCHINI, K. J., GREVE, K. W., GLYNN, G. "On the diagnosis...", ob cit., págs. 404-417.

<sup>362</sup> SLICK, D. J., SHERMAN, E. M., IVERSON, G. L. "Diagnostic criteria for...", ob cit., págs. 545-561.

<sup>363</sup> VILAR LOPEZ, R. "La detección de simulación" en PEREZ GARCIA, M. *Manual de neuropsicología clínica*, Pirámide, Madrid, 2009, págs. 283-302.

<sup>364</sup> GONZALEZ ORDI, H., SANTAMARIA FERNANDEZ, P. *Detection of Malingering in Clinical, Medicolegal, and Forensic Settings*. Comunicación presentada en la 29th Stress and Anxiety Research Society. Conference. Londres, 2008, págs. 16-18/CAPILLA RAMÍREZ, P., GONZÁLEZ ORDI, H. *Protocolo para la detección de la simulación del dolor en la práctica clínica: estudio de casos*. Trauma Fundación Mapfre, Vol. 20, 2009, págs. 255-263.

<sup>365</sup> GREVE, K. W., ORD, J. S., BIANCHINI, K. J., CURTIS, K. L. "Prevalence of malingering in patients with chronic pain referred for psychological evaluation in a medico-legal context", *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, Vol. 90, 2009, págs. 1117-1126.

<sup>366</sup> BIANCHINI, K. J., GREVE, K. W., GLYNN, G. "On the diagnosis...", ob cit., págs. 404-417.

Criterio B. Evidencia procedente de la evaluación física. Las habilidades, capacidades y/o limitaciones demostradas a lo largo de una evaluación física formal son consistentes con la exageración de las quejas y síntomas somáticos y la disminución exagerada de la capacidad física. Este aspecto puede observarse mediante la detección de: 1) sesgos en el rendimiento físico que no coinciden con la patología diagnosticada; 2) discrepancia entre la valoración subjetiva de dolor y la reactividad psicofisiológica concomitante; 3) los síntomas o las quejas informadas por el paciente son sustancialmente divergentes con la evidencia fisiopatológica existente; y 4) discrepancia entre la actividad física mostrada por el paciente durante la evaluación formal con la actividad física demostrada cuando el individuo no sabe que está siendo evaluado.

Criterio C. Evidencia procedente de la evaluación neuropsicológica. Los déficits neurocognitivos (ej. capacidad de concentración, percepción, memoria, etc.), demostrados a lo largo de una evaluación formal son consistentes con la exageración o el falseamiento de la discapacidad cognitiva. Este criterio se plasma en: 1) rendimiento por debajo del azar en pruebas de elección forzada que evalúan funciones cognitivas o perceptivas; 2) rendimiento consistente con la exageración de la discapacidad en pruebas que evalúan funcionamiento cognitivo o perceptivo; 3) discrepancias entre los resultados de las pruebas neuropsicológicas y el conocimiento existente del funcionamiento cerebral; 4) discrepancias entre los resultados de las pruebas neuropsicológicas y la conducta observable y objetivable del paciente.

Criterio D. Evidencia procedente de la evaluación mediante autoinforme. Los síntomas, quejas y limitaciones autoinformadas por el paciente son consistentes en un patrón de exageración de síntomas y discapacidad en el nivel físico, cognitivo y/o emocional. Este criterio se estima a través de: 1) la discrepancia de la conducta del paciente cuando es formalmente evaluado versus cuando no sabe que está siendo evaluado, 2) las quejas autoinformadas no son consistentes con la evolución de la historia clínica del paciente; 3) los síntomas autoinformados por el paciente son discrepantes con los patrones conocidos de funcionamiento fisiológico y neurológico del dolor y la discapacidad referida a la patología en cuestión; 4) los síntomas autoinformados por el paciente son discrepantes con la conducta observable y objetivable; 5) presentación de un patrón de exageración de síntomas en pruebas de personalidad de amplio espectro y pruebas de screening de simulación de síntomas.

Criterio E. Los criterios mencionados no se explican mejor por factores psicopatológicos, neurológicos o evolutivos. La simulación se entiende como un patrón de conductas dirigido a la obtención de un beneficio externo, generalmente de tipo económico.

En función de la confirmación de los diferentes criterios y subcriterios la simulación puede clasificarse de la siguiente forma: 1) confirmada, en la que se dan la mayoría de los criterios y los subcriterios A, B, C, D y E; 2) probable, con la confirmación de los criterios A y E y dos o más subcriterios de B, C y/o D; y 3) posible, mediante la confirmación del criterio A y un subcriterio B, C y/o D. No es necesaria la confirmación del criterio E.

### III. PRUEBAS UTILIZADAS PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA SIMULACIÓN

El diagnóstico de la simulación tiene grandes repercusiones relevantes en la práctica clínica, forense y médico legal<sup>367</sup>. Las estrategias diagnósticas y las escalas de detección se han realizado en su mayoría con población entrenada para simular, por la gran complejidad que supone encontrar muestras de simuladores auténticos. No existe único instrumento capaz de identificar si un individuo está simulando un trastorno mental. Sin embargo, la combinación de diferentes estrategias, pautas de evaluación y métodos de medidas nos permite obtener datos que nos ayuden a decidir si es o no probable que nos encontremos ante un caso de simulación. A su vez, cuando se sospecha, para llevar a cabo una correcta evaluación, se debe proceder con el sujeto como si se tratara de un auténtico enfermo, efectuando un examen profundo de su estado mental y considerando las circunstancias que rodean al individuo, para conocer si existe algún móvil o fin utilitario de su conducta<sup>368</sup>.

Además, es recomendable ser cuidadoso en la entrevista y dejar que expongan su discurso intentando evitar interrumpirlos. Una vez haya finalizado su discurso, podremos aclarar con preguntas específicas los detalles de interés. Estas preguntas deben ser formuladas evitando dar al sujeto pistas acerca de aquello que estamos preguntando, o que puedan de algún modo facilitarle la elaboración de la respuesta (por ejemplo, si le preguntamos acerca de

---

<sup>367</sup> GONZÁLEZ-ORDI, H., IRUARRIZAGA, I. "Evaluación de las distorsiones de respuesta mediante el MMPI-2". *Papeles del Psicólogo*, Vol. 26, 2005, págs.129-137.

<sup>368</sup> GISBERT CALABUIG, J. A. "Simulación y disimulación", en VILLANUEVA CAÑADAS, E. *Medicina legal y toxicología*, Gisbert Calabuig, 6ª ed., Masson, Barcelona, 2004, págs. 1200-1208.

sus alucinaciones, evitar darle pistas acerca de la naturaleza de las auténticas alucinaciones). Es probable que los simuladores no posean la sofisticación psicológica y médica que una correcta simulación requiere para fingir con éxito los síntomas. Además, debemos evitar mostrar expresiones de irritabilidad o incredulidad, pues podríamos generar que el individuo se pusiese a la defensiva<sup>369</sup>.

La entrevista debe ser larga ya que la fatiga disminuye la capacidad del simulador para elaborar la falsificación de su informe<sup>370</sup>, apareciendo contradicciones en su exposición a lo largo del tiempo. La realización de múltiples preguntas también incrementa la probabilidad de que el simulador entre en contradicciones en sus respuestas. Podemos acudir a diferentes estrategias, como plantear preguntas acerca de síntomas absurdos o incongruentes con aquello que simula y observar si el individuo los acepta incorporándolos a su elaboración. Es conveniente tener presente que, por lo general, los simuladores no asienten a todos los síntomas que de este modo se les plantean, pero sí suelen hacerlo cuando se trata de síntomas obvios de psicopatología, aunque no se relacionen directamente con aquello que el sujeto finge padecer.

Tal y como se ha señalado, entre los motivos de la simulación se encuentra rehuir la responsabilidad penal por un delito grave, tras la alegación de un trastorno o enajenación, que lo exima según establece nuestro CP y simulando un trastorno mental. Ante estas situaciones Rogers<sup>371</sup> recomienda hacerse con toda la información posible a partir, por ejemplo, de informes policiales, declaraciones de testigos del delito, hallazgos de la autopsia, información psiquiátrica previa, declaración del acusado, etc. En este sentido, Conroy y Kwartner<sup>372</sup> también destacan la importancia de obtener este tipo de información colateral, como expedientes académicos, informes de evaluaciones y de tratamientos sobre salud mental, informes médicos, antecedentes policiales, y entrevistas de las personas que han estado en contacto con el sospechoso. Por ello, antes de la realización del examen clínico es conveniente entrevistar a los miembros de la familia y a los testigos del delito para obtener

---

<sup>369</sup> MILLER, H., CARTLIDGE, N. "Simulation and malingering after injuries to the brain and spinal cord", *Lancet*, Vol. 11, 1972, págs. 580-585.

<sup>370</sup> CONROY, M. A., KWARTNER, P. P. "Malingering...", ob cit., págs. 29-51.

<sup>371</sup> ROGERS, R. "Current status of clinical methods", en ROGERS, R. *Clinical assessment of malingering and deception*, (2ª ed.), Guilford Press, New York, 1997, págs. 373-397.

<sup>372</sup> CONROY, M. A., KWARTNER, P. P. "Malingering...", ob cit., págs. 29-51.

información relevante, tanto del individuo como del crimen, sin que el acusado llegue a saber que el perito posee dicha información. De este modo podrá llevarse a cabo una valoración de la veracidad del autoinforme del sujeto, al compararlo con esta información previa. El acusado debe ser evaluado tan pronto como resulte posible, para disminuir la probabilidad de que construya una historia falsa y para que se reduzcan las distorsiones de memoria.

Como hemos anticipado, las pruebas que se utilizan son diversas y comprenden diferentes fuentes de información: entrevista, historia clínica, pruebas médicas, pruebas neuropsicológicas, pruebas psicológicas, evaluación conductual, etc<sup>373</sup>. En este apartado nos vamos a centrar en la simulación en el diagnóstico psiquiátrico, dado los fines y objetivos de la presente investigación.

Toda prueba o cuestionario que pretenda detectar la simulación debe detectar con mayor o menor precisión patrones de “mala imagen” o estilos de respuestas sobredimensionados, o bien patrones sintomáticos infrecuentes o excepcionales, improbables y bizarros; en otras palabras, detectar la tendencia del sujeto a crear la impresión deliberada de sufrir alguna alteración o deterioro, mediante la exageración o creación de síntomas y problemas, maximizando las características negativas de sí mismo<sup>374</sup>. Por otra parte, deben mostrar una buena capacidad predictiva y exactitud (área bajo la curva), clasificando correctamente al mayor porcentaje de clínico-simuladores posible (sensibilidad), y, en especial, excluyendo correctamente al mayor porcentaje de clínico-honestos posible (especificidad), con el fin de reducir en lo posible el porcentaje de falsos positivos.

Lanyon<sup>375</sup> elaboró dos tipos de estrategias que se utilizan cuando el individuo responde a una prueba: exagerando el síntoma o seleccionando el síntoma para distorsionarlo.

En la primera de ellas, el sujeto exagera los síntomas e intenta responder en la dirección en la que puntúa una determinada escala (en todos aquellos ítems en los que supone

---

<sup>373</sup> IVERSON, G. L. “Detecting malingering in civil forensic evaluations” en MACNEILL, J. R, HARTLAGE, L. C. *Handbook of forensic neuropsychology*, Springer, New York, 2003, págs. 137-177.

<sup>374</sup> BAER, R. A., RINALDO, J. C., BERRY, D. T. R. “Self-report distortions (including faking, lying, malingering, social desirability)” en FERNANDEZ BALLESTERO, R. *Encyclopedia of Psychological Assessment*, Sage, London, Vol. 2, 2003, págs. 861-866.

<sup>375</sup> LANYON, R. I. “Development and validation of a psychological screening inventory”, *Journal Consult Clin Psychol*, Vol. 35, 1970, págs. 1-24.

que se cuestiona la presencia de un sintomatología psiquiátrica). El sujeto no presta demasiada atención a la congruencia de los síntomas, sino que se limita a contestar de forma “aquiescente” a todos ellos, de tal manera que no elige los ítems, sino que va contestando a todos ellos. Esta estrategia, también se contempla en la elaboración de los ítems correspondiente a la Escala F del MMPI, como posteriormente veremos, en donde se puede apreciar que el sujeto puede estar “exagerando” la sintomatología.

La segunda estrategia se refiere a la selección de los ítems que denotan o representan, “a priori” (según el simulador) un determinado trastorno o enfermedad que pretende simular. La diferencia con la estrategia anterior es que, en ésta, el sujeto tiene en cuenta determinados ítems. Un ejemplo para su detección es la Escala Ds en la que el autor considera que se encuentra formada por un conjunto de ítems que los sujetos tienden a contestar erróneamente cuando pretenden simular determinados cuadros patológicos<sup>376</sup>.

Las pruebas diagnósticas que demuestran una mayor utilidad son los diseños de investigación con “análogos” y *know-groups* o grupos conocidos, sobre todo si se utilizan de forma combinada<sup>377</sup>. En los estudios análogos, los participantes son asignados de manera aleatoria a las condiciones experimentales de “simulación” y de “control”, recibiendo instrucciones específicas acerca del estilo de respuesta a adoptar al responder a las pruebas de evaluación, actuando “como si” se situaran en el caso del grupo de simulación. Se sabe a ciencia cierta que los sujetos nos mienten porque se les instruye para ello. En la estrategia denominada *know-groups* o grupos conocidos, uno o varios expertos independientes asignan a los individuos a un grupo u otro en función del estilo de respuesta manifestado en pruebas de selección o de una serie de criterios empíricos protocolizados. Algunos estudios demuestran la importancia de combinar ambas estrategias (estudios análogos y grupos “conocidos”, incluyendo además un grupo control y una muestra clínica representativa de referencia sobre la patología física y/o psicológica objeto de simulación), para estudiar ampliamente el espectro completo de respuestas posibles: desde la respuesta honesta del grupo de control

---

<sup>376</sup> GOUGH, H. C. “Some common misconceptions about neuroticism”, *Journal of Consulting Psychology*, Vol. 18, 1954, págs. 287-292.

<sup>377</sup> ROGERS, R., BENDER, S. D. “Evaluation of Malingering...”, ob cit., and Deception” en GOLDSTEIN, A. M. *Handbook of Psychology*, Wiley, New Jersey, Vol. 11, 2003, págs. 109-129/ROGERS, R. “Detection Strategies for Malingering and Defensiveness” en ROGERS, R. *Clinical Assessment of Malingering and Deception*, 3ª ed., Guilford Press, Nueva York, 2008b, págs. 3-13.

hasta la simulación pura, en comparación con los resultados obtenidos por una muestra clínica honesta de referencia<sup>378</sup>.

Así pues, podemos considerar cuatro tipos de grupos:

1) grupo control, formado por sujetos sin patología previa diagnosticada, que nos permite conocer cuál sería la respuesta honesta;

2) grupo clínico-honesto, formado por pacientes clínicos que manifiestan la patología investigada pero que no se encuentran en situación litigante, por lo que es esperable que respondan honestamente al test;

3), grupo clínico-simulador, formado por pacientes clínicos que manifiestan la patología investigada y se encuentran en situación litigante, por lo que es esperable que exageren o creen la sintomatología para reflejar “la peor imagen posible”;

4) grupo simulador-análogo, compuesto por sujetos que no presentan patología alguna pero se les instruye específicamente para que simulen la patología investigada y nos permite controlar experimentalmente la conducta de exageración de síntomas, ya que sabemos que están “mintiendo”<sup>379</sup>.

Entre los instrumentos multimétodo o multisistema de evaluación objetiva de la personalidad, adaptados al castellano, de mayor validez destacan el MMPI-2, el MMPI-2-RF y el PAI. Sin embargo, otros como el Inventario Clínico Multiaxial de Millon III, muy utilizado en evaluación clínica y forense, han demostrado una baja capacidad para discriminar entre sujetos simuladores y no simuladores<sup>380</sup>.

---

<sup>378</sup> GONZALEZ ORDI, H., SANTAMARIA FERNANDEZ, P. *Detection of Malingering in Clinical, Medicolegal, and Forensic Settings*. Comunicación presentada en la 29th Stress and Anxiety Reserch Society. Conference. Londres, 2008, págs. 16-18.

<sup>379</sup> ROGERS, R., BENDER, S. D. “Evaluation of Malingering....”, ob cit., págs. 109-129

<sup>380</sup> MCDERMOTT, B. E., FELDMAN, M. D. “Malingering in the medical setting”, *Psychiatric Clinics of North America*, Vol. 30, 2007, págs. 645-662/SELLBOM, M., BAGBY, R. M. “Response styles on multiscale inventories” en ROGERS, R. *Clinical assessment of malingering and Deception*, 3ª ed., The Guilford Press, New York, 2008, págs. 182-206.

Para finalizar este apartado, es preciso destacar que para García Domingo y otros autores<sup>381</sup>, para el diagnóstico de la simulación se deben tener en cuenta las siguientes cuestiones: a) el diagnóstico de simulación debería fundamentarse en los datos extraídos de varias fuentes de información; b) es necesario, antes de diagnosticar simulación, desechar otras posibles explicaciones: daño cognitivo, efectos de la medicación, factores motivacionales, etc. c) la decisión sobre la presencia o no de simulación debe basarse en la consistencia de los resultados de las diferentes pruebas.

### III.I. Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI-2)

El MMPI-2 es uno de los cuestionarios más ampliamente utilizados para evaluar alteraciones psicopatológicas en el ámbito clínico<sup>382</sup> y forense<sup>383</sup>. De hecho, es el instrumento multiescala de amplio espectro mejor validado para explorar estilos de respuesta aleatorios, simulación de psicopatología y defensividad<sup>384</sup>.

En el capítulo siguiente, ampliamos la información sobre el contenido y las características de esta prueba, ya que es uno de los instrumentos utilizados en nuestro estudio.

---

<sup>381</sup> GARCÍA-DOMINGO, L., NEGREDO-LÓPEZ, S. Y FERNÁNDEZ-GUINEA A. "Evaluación de la simulación de problemas de memoria dentro del ámbito legal y forense". *Revista de Neurología*, Vol. 3, 2004, págs. 766-774.

<sup>382</sup> LUBIN, B., LARSEN, R. M., MATARAZZO, J. D. "Patterns of psychological test usage in the United States: 1935-1982", *American Psychological*, Vol. 39, 1984, págs. 451-454/PIOTROWSKI, C. "Assessment of pain: A survey of practicing clinicians", *Perceptual and Motor Skills*, Vol.86, 1998, págs. 181-182.

<sup>383</sup> ARBISI, P. A., BUTCHER, J. N. "Relationship between personality and health symptoms: Use of the MMPI-2 in medical assessments", *International Journal of Clinical and Health Psychology*, Vol.4, 2004, págs. 571-595/BUTCHER, J. N., BEN-PORATH, Y. S. "Use of the MMPI-2 in medico-legal evaluations: An alternative interpretation for the Senior and Douglas: Critique", *Australian Psychologist*, Vol. 39, 2004, págs. 44-50/BARTOL, C. R., BARTOL, A. M. *Introduction to forensic psychology*, 2004, Sage, London/BOCCACCINI, M. T., BRODSKY, S. L. "Diagnostic test use by forensic psychologists emotional injury cases", *Professional Psychology: Research and Practice*, Vol. 30, 1999, págs. 253-259/MUÑIZ, J., FERNANDEZ HERMIDA, J. R. "La opinión de los psicólogos españoles sobre el uso de los test", *Papeles del Psicólogo*, Vol. 31, 2010, págs. 108-121/CAMARA, W. J., NATHAN, J. S., PUENTE, A. E. "Psychological test usage: implications in professional psychology", *Profesional Psychology: Research and Practice*, Vol. 31, 2000, págs. 141-154/GREENE, R. L. "Malingering and defensiveness on the MMPI-2" en ROGERS, R. *Clinical Assessment of Malingering and Deception*, 3ª ed., 2008, Guilford Press, Nueva York, págs. 159-181.

<sup>384</sup> GILLARD, N. D., ROGERS, R. "Malingering: models and methods" en BROWN, J. M., CAMPBELL, E. A. *The Cambridge Handbook of Forensic Psychology*, 2010, Cambridge University Press, Cambridge, págs. 683-689.



### III.2. Inventario de evaluación de la personalidad (PAI).

El inventario de Personalidad de Morey<sup>385</sup> es otro de los instrumentos más utilizado para la detección de simulación mediante autoinforme. Consta de 344 ítems que proporcionan 4 escalas de validez, 11 escalas clínicas, 5 escalas de consideraciones para el tratamiento y 2 escalas de relaciones interpersonales. De las cuatro escalas de validez, resulta particularmente interesante la escala de Impresión Negativa (NIM), que incluye ítems que preguntan por síntomas extremadamente raros o poco frecuentes (que contestarían menos del 5% en la población clínica de referencia), y presentan una visión de uno mismo exageradamente desfavorable. Se considera que puntuaciones T entre 73 y 83 pueden reflejar un patrón de exageración de síntomas y se sugiere que con puntuaciones mayores de 92, se considere la posibilidad de simulación.

El PAI (Inventario de Evaluación de la Personalidad) ha demostrado tener una buena capacidad predictiva en la detección de simulación de psicopatología en contextos forenses, penitenciario, militar, simulación de estrés postraumático y depresión, y psicopatología general, con diseño análogos<sup>386</sup>.

### III.3. Inventario de Síntomas de Derogatis-Revisado (SCL-90-R)

El Inventario de Síntomas de Derogatis-Revisado (Derogatis Symptom Checklist, Revised -SCL-90-R-) es un instrumento de autoinforme muy utilizado en estudios clínicos y constituye una de las técnicas más empleadas para la detección y medición de síntomas

<sup>385</sup> MOREY, L. C. *Personality Assessment Inventory: Professional manual*, Psychological Assessment Resources, Tampa, pág. 43.

<sup>386</sup> KUCHARSKI, L. T., TOOMEY, J. P., FILA, K., DUNCAN, S. "Detection of malingering of psychiatric disorder with the Personality Assessment Inventory: An investigation of criminal defendants", *Journal of Personality Assessment*, Vol. 88, 2007, págs. 25-32/EDENS, J. F., POYTHRESS, N. G., WATKINS-CLAY, M. M. "Detection of malingering in psychiatric unit and general population prison inmates: A comparison of the PAI, SIMS, and SIRS", *Journal of Personality Assessment*, Vol. 88, 2007, págs. 33-42/GARCIA SILGO, M., ROBLES SANCHEZ, J. I. "Estudio de las bajas temporales para el servicio por motivos psicológicos: mejoras en la detección de psicopatología y simulación de trastorno mental en las Fuerzas Armadas", *Sanidad Militar*, Vol. 63, 2010, págs. 154-162/LANGE, R. T., SULLIVAN, K. A., SCOTT, C. "Comparison of MMPI-2 y PAI validity indicators to detect feigned depresión and PTSD symptom reporting", *Psychiatry Research*, Vol. 176, 2010, págs. 229-235/SULLIVAN, K., KING, I. "Detecting faked psychopathology: a comparison of two tests to detect malingered psychopathology using a simulation design", *Psychiatric Research*, Vol. 176, 2010, págs. 75-81.

psicopatológicos<sup>387</sup>, así como para la evaluación de supuestos casos psiquiátricos<sup>388</sup>. El SCL-90-R cuestiona al individuo sobre la existencia e intensidad de 90 síntomas psiquiátricos y psicósomáticos, valorándose la intensidad de cada síntoma en una escala que va desde la ausencia total (0) hasta la máxima intensidad del síntoma (4). Así pues, en el ámbito clínico es una herramienta útil en la evaluación de la salud mental y del diagnóstico diferencial de simulación, sin embargo, la evidencia científica de la validez del SCL-90-R en el contexto forense es todavía escasa.

En el capítulo siguiente trataremos con mayor amplitud las características y procedimiento de administración del SCL-90-R.

### **III.4. Instrumentos de *screening***

En los últimos años, se han desarrollado numerosos instrumentos de *screening*, rápidos y sencillos en su administración, corrección e interpretación, para detectar y alertar de la posible simulación<sup>389</sup>. Debido a que en nuestro país, la tradición investigadora y evaluadora de la simulación es reciente, disponemos de pocos instrumentos validados a la población española. Entre los disponibles, es destacable el Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas-SIMS, que detecta patrones de exageración de síntomas de carácter psicopatológico y neuropsicológico<sup>390</sup>. Su aplicación puede resultar útil, administrado como medida de *screening* o formando parte de una batería de evaluación más completa y pormenorizada, tanto en contextos clínicos como médico-legales o forenses.

---

<sup>387</sup> DEROGATIS, L. R., CLEARY, P. "Confirmation of dimensional structure of the SCL-90: A study in construct validation", *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 33, 1977a, págs. 981-989/DEROGATIS, L. R., CLEARY, P. "Factorial invariance across gender for the primary symptom dimension of the SCL-90", *British Journal of Social and Clinical Psychology*, Vol. 16, 1977b, págs. 347-356.

<sup>388</sup> STARCEVIC, V., BOGOJEVIC, G., MARINKOVIC, J. "The SCL-90-R as a Screening Instrument for Severe Personality Disturbance Among Outpatients with Mood and Anxiety Disorders", *Journal of Personality Disorders*, Vol. 14, 2000, págs. 199-207.

<sup>389</sup> SMITH, G. P. "Brief screening measures for the detection of feigned psychopathology" en ROGERS, R. *Clinical assessment of malingering and deception*, 3ª ed., The Guilford Press, New York, 2008, págs. 323-329.

<sup>390</sup> WIDOWS, M. R., SMITH, G. P. "SIMS: Structured Inventory of Malingered Symptomatology. Professional manual" en LUTZ, F. L. *PAR: Psychological Assessment Resources*, 2005/GONZALEZ ORDI, H., SANTAMARIA FERNANDEZ, P. *Adaptación española del Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas-SIMS*, Tea ediciones, Madrid, 2009, págs 159 -168.

Permite obtener el perfil de simulación general del sujeto e incluye cinco escalas específicas referidas a la simulación de síntomas de distintos trastornos psicopatológicos y neuropsicológicos (psicosis, deterioro neurológico, trastornos amnésicos, baja inteligencia y trastornos afectivos).

### **III.5. Evaluación neuropsicológica de la simulación**

Tiene como finalidad la identificación, descripción y determinación de los déficit cognitivos y las alteraciones emocionales y del comportamiento que se producen como consecuencia de una disfunción o lesión cerebral. También se valora el impacto que tienen estos trastornos en los ámbitos personal, familiar, laboral y social de las personas con daño cerebral. Se emplean diferentes métodos para recabar información acerca de los distintos síntomas que presenta el individuo y evalúan las capacidades cognitivas como la atención, velocidad de procesamiento, aprendizaje y memoria, lenguaje y comunicación, habilidades visoperceptivas, sensoriales y motoras, funciones ejecutivas y solución de problemas<sup>391</sup>.

Desde el ámbito de la Neuropsicología Forense y con el objetivo de evaluar la simulación de trastornos cognoscitivos, se recogen una serie de criterios que, de estar presentes, aconsejan sospechar simulación. Así, García-Domingo y autores<sup>392</sup> destacan la incompatibilidad entre los resultados de las pruebas y el perfil de los síntomas propios de las lesiones neurológicas subyacentes y el bajo rendimiento en tareas motoras y sensoriales y actuación normal en pruebas de medida de capacidades cognitivas, como la memoria.

### **III.6. Tests específicos de simulación del déficit neurocognitivo**

Se pueden agrupar en tests simples que pueden realizar sin dificultad las personas con daño cerebral moderado, y medidas de esfuerzo y motivación basadas en tests de elección forzada, también denominados tests de validez de síntomas.

---

<sup>391</sup> LEZAK, M. D., HOWIESON, D. B., LORING, D. W. *Neuropsychological Assessment*, 4ª ed., Oxford University Press, Oxford, 2004, pág. 116.

<sup>392</sup> GARCÍA-DOMINGO, L., NEGREDO-LÓPEZ, S. Y FERNÁNDEZ-GUINEA A. “Evaluación de la simulación de problemas de memoria dentro del ámbito legal y forense”. *Revista de Neurología*, Vol. 3, 2004, págs. 766-774.

### ***III.6.1. Tests simples ejecutados normalmente por personas con daño cerebral***

Estas pruebas valoran un fenómeno muy interesante en simulación, el efecto suelo. Aunque al sujeto se le indica que la tarea es muy difícil y compleja, y la apariencia de este lo puede reflejar, en realidad es un test sencillo, pero los simuladores tienden a sobrestimar su nivel de dificultad y muestran un rendimiento inferior al de personas con lesiones cerebrales graves<sup>393</sup>.

Una de las pruebas más clásicas y mejor conocidas es el test de los 15 elementos de Rey<sup>394</sup>. Se le presentan al sujeto 15 estímulos redundantes (número arábigos y romanos equivalentes; mismas letras del alfabeto en mayúscula y minúscula, figuras geométricas), durante 10 segundos, luego se quitan y se le pide que dibuje todos los elementos que recuerde. Su utilización es controvertida, ya que solo detecta a una minoría de simuladores poco sofisticados y tiene una sensibilidad limitada<sup>395</sup>.

Se han diseñado otros procedimientos que muestran una mejor sensibilidad y especificidad para detectar posibles simuladores en diferentes contextos, como el *Dot-Counting Test* de Rey o el test b<sup>396</sup>.

---

<sup>393</sup> GARCIA, G., NEGREDO, L., FERNANDEZ GUINEA, S. “Evaluación de la...”, ob cit., págs. 766-774/MUÑOZ CESPEDAS, J. M., PAUL LAPEDRIZA, N. “La detección de los posibles casos de simulación después de un traumatismo craneoencefálico”, *Revista de Neurología*, Vol. 32, págs. 773-778.

<sup>394</sup> LEZAK, M. D., HOWIESON, D. B., LORING, D. W. “*Neuropsychological Assessment...*”, ob cit., pág. 116.

<sup>395</sup> REZNEK, L. “The Rey 15-item memory test for malingering: A meta-analysis”, *Brain Injury*, Vol. 19, 2005, págs. 539-543/ VILAR LOPEZ, R. “La detección de simulación” en PEREZ GARCIA, M. *Manual de neuropsicología clínica*, Pirámide, Madrid, 2009, págs. 283-302.

<sup>396</sup> LEE, A., BOONE, K. B., LESSER, I., WOHL, M., WILKINS, S., PARKS, C. “Performance of older depressed patients on two cognitive malingering tests: false positive rates for the Rey 15-item memorization and dot counting tests”, *Clinica Neuropsychology*, Vol. 3, 2000, págs. 303-308.

### ***III.6.2. Medidas de esfuerzo y motivación basados en tests de elección forzada***

Es una tarea de varias alternativas en las que se fuerza a los sujetos a elegir una de ellas<sup>397</sup>. Para calcular el rendimiento de los sujetos se realiza una aproximación al teorema binomial, con una fórmula en la que se incluye el número de respuestas correctas de los sujetos, el número de elementos de la prueba, y las probabilidades esperadas de respuestas correctas y erróneas.

Se han diseñado varios tests de validez de síntomas basados en este formato de elección forzada. Algunos de los que cabe destacar son el DMT; el PDRT (*Portland Digit Recognition Test*); el *Victoria Symptom Validity Test*, o el CARB. Otros procedimientos utilizan palabras como estímulos del test, como el test de los 21 elementos, el test de memoria de palabras (*WMT Word Memory Test*), o el *Letter Memory Test*. También se han diseñado pruebas para evaluar capacidades verbales y no verbales como el *Validity Indicator Profile*.

Uno de los instrumentos específicos más comúnmente utilizados es el *Test of Memory Malinger*-TOMM que consta de dos series o ensayos con 50 dibujos/estímulos, mas 50 paneles de reconocimiento donde el sujeto debe identificar visualmente los dibujos previamente presentados versus un dibujo *distractor*<sup>398</sup>. El TOMM ha resultado así mismo ser eficaz en la clasificación correcta de pacientes con dolor crónico que exageran deliberadamente déficits neurocognitivos<sup>399</sup>.

---

<sup>397</sup> LARRABEE, G. J. *Forensic Neuropsychology. A scientific approach*, Oxford University Press, Oxford, 2005, págs. 211-229.

<sup>398</sup> REES, L. M., TOMBAUGH, T. N. *Validation of the Test of Memory Malinger (TOMM) using a simulation paradigm*, Comunicación presentada en al Annual Meeting of the International Neuropsychological Society, Chicago, 1996. págs. 191-198.

<sup>399</sup> ETHERTON, J. L., BIANCHINI, K. J., CIOTA, M. A., HEINLY, M. T., GREVE, K. W. "Pain, malingering and the WAIS-III Working Memory Index", *The Spine Journal*, Vol. 6, 2006, págs. 61-71/GREIFFENSTEIN, M. F., GREVE, K. W., BIANCHINI, K. J., BAKER, W. J. "Test of Memory Malinger and Word Memory Test: a new comparison of failure concordance rates", *Archives of Clinical Neuropsychology*, Vol. 23, 2008, págs. 801-807.

***III.6.3. Valoración de la simulación a través del análisis de patrones de actuación atípico en tests neuropsicológicos estandarizados***

Se basa en el análisis de las inconsistencias de los rendimientos de los simuladores en las pruebas y tests neuropsicológicos<sup>400</sup>. En los últimos años se han propuesto diversos índices y patrones de simulación derivados de baterías y pruebas neuropsicológicas ampliamente utilizadas como la escala de inteligencia *WAIS-III*, la escala de memoria *Wechsler-III*, el test de aprendizaje verbal de California (cuya adaptación española es el test de aprendizaje verbal España-Complutense), el test de aprendizaje de Rey, etc.

---

<sup>400</sup> SLICK, D. J., TAN, J. E., STRAUSS, E. H., HULTSCH, D. F. "Detecting malingering: a survey of experts practices", *Archives of Clinical Neuropsychology*, Vol. 19, 2004, págs. 465-473.

# **CAPÍTULO VIII**

**UTILIZACIÓN DEL MMPI-2 Y DEL SCL-90-R EN PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA  
FORENSE**





## I. INVENTARIO MULTIFÁSICO DE PERSONALIDAD DE MINNESOTA 2 (MMPI-2)

Como anteriormente se ha expuesto, el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI) es uno de los cuestionarios de más amplio uso en el ámbito de la evaluación de las alteraciones psicopatológicas en psicología clínica, forense y neuropsicología. Se ha diseñado para evaluar un gran número de patrones de personalidad y trastornos emocionales<sup>401</sup>. El cuestionario fue diseñado por Hathaway y McKinley<sup>402</sup>, en la Universidad de Minnesota. La primera escala desarrollada para el MMPI se basó en un contraste sistemático entre las respuestas dadas al test por un grupo de pacientes neuróticos cuidadosamente seleccionados, que manifestaban un trastorno hipocondríaco y las respuestas dadas por un grupo de visitantes del hospital, no-pacientes. Se llevaron a cabo estudios de comparación y validación cruzada similares en otros grupos de pacientes neuróticos. Posteriormente se fueron incorporando sucesivas escalas hasta componer en 1989 el conjunto actual de escalas clínicas en el perfil del MMPI-2.

La adaptación española se realizó siguiendo las indicaciones para el proceso de traducción elaboradas por Butcher y la University of Minnesota Press. El primer estudio experimental se realizó por Avila y Jiménez<sup>403</sup>, con una muestra de 426 sujetos (193 varones y 233 mujeres). Los resultados obtenidos fueron analizados comparativamente con la muestra norteamericana, encontrándose una notable semejanza entre ambas muestras. Posteriormente se ampliaron las muestras, tanto de población normal como clínica, agrupada según el género y tres rangos de edad: 19-29 años; 30-44 años y 45-65 años.

Cuando el MMPI-2 se publicó por primera vez en 1942, incluía tres indicadores de validez de las respuestas: el número de ítems del Cuestionario dejados sin contestar

---

<sup>401</sup> CAMARA, W. J., NATHAN, J. S., PUENTE, A. E. "Psychological test usage: implications in professional psychology", *Professional Psychology: Research and Practice*, Vol. 31, 2000, págs. 141-154/GREENE, R. L. "Malingering and defensiveness...", ob cit., págs. 159-181/ROGERS, R., SEWELL, K. W., MARTIN, M. A., VITACCO, M. J. "Detection of feigned mental disorders: A meta-analysis of the MMPI-2 and malingering", *Assessment*, Vol. 10, 2003, págs. 160-177.

<sup>402</sup> HATHAWAY, S. R., MCKINLEY, J. C. "A multiphasic personality schedule. (Minnesota): I. Construction of the Schedule, *Journal of Psychology*, Vol. 10, 1940, págs. 249-254.

<sup>403</sup> AVILA, A., JIMÉNEZ, F. "The Castilian Version of the MMPI-2 in Spain: Development, Adaptation and Psychometric properties", en BUTCHER, J. N. *International Adaptations on the MMPI-2*, University of Minnesota Pres, Minneapolis, 1996, págs. 305-329.

(puntuación en Interrogante), una medida de fingimiento defensivo (Escala L) y una medida de respuestas al test extremadamente desviantes o azarosas (Escala F). Posteriormente se añadió un cuarto indicador de validez: la escala K (Corrección) para valorar la posibilidad de que el sujeto hubiera contestado al MMPI con una tendencia sutil, pero persistente, tanto a encubrir (puntuaciones altas) como a exagerar (puntuaciones bajas) sus problemas y dificultades.

En su última versión, el test se compone de 567 ítems dispuestos en las 10 escalas clínicas, que exploran distintos aspectos de la personalidad. Se compone también de 15 escalas suplementarias. Cada sujeto debe responder “Verdadero o Falso” a la mayor cantidad de ítems. La puntuación en Interrogante no es una escala en el sentido real del término, sino que es un simple recuento de los ítems que no se han contestado o que fueron respondidos por el sujeto como “Verdadero y Falso” a la vez. Cuanto más elevada sea la puntuación en Interrogante más débil será la capacidad de discriminación de las escalas del test<sup>404</sup>.

Para evaluar un protocolo del MMPI-2 como aceptable, el sujeto debe leer y considerar el contenido de cada ítem y responder como “verdadero o falso”. Ocasionalmente el individuo puede responder de una forma idiosincrásica a los ítems, sin tener en cuenta el contenido del mismo. Esta situación puede darse cuando los individuos carecen de las adecuadas destrezas de lectura y comprensión, presentan confusión ante la prueba o presentan una actitud negativa hacia los procedimientos de evaluación.

Algunos sujetos se enfrentan al MMPI-2 con un comportamiento claramente intencionado, por lo que sus protocolos deben ser totalmente invalidados. Es el caso de los sujetos que responde sin tener en cuenta el sentido de los ítems o intentan fingir de forma deliberada una determinada patología. Estas formas de responder deben ser tenidas en cuenta cuando se interpreta el resultado del protocolo mediante las escalas de Validez. Así pues, las Escalas de Validez del MMPI-2 tienen como objetivo determinar si el protocolo es aceptable y permite la interpretación de la prueba, para poder inferir dimensiones esenciales de la personalidad del sujeto o realizar impresiones diagnósticas. En este sentido, los indicadores de

---

<sup>404</sup> BUTCHER, J. N. *User's guide for the MMPI-2 Minnesota Report: Adult Clinical System*”, National Computer System, 1989, pág. 114.

validez fueron diseñados para ayudar a detectar estas fuentes de distorsión y determinar la fiabilidad de los datos<sup>405</sup>.

Las escalas de infrecuencia (F y Fb) han demostrado su utilidad para identificar de manera eficaz individuos que pretenden simular o sobredimensionar de forma deliberada síntomas psicopatológicos<sup>406</sup>. De hecho, estas escalas contienen ítems seleccionados para detectar estilos de respuestas atípicos o inusuales, ya que el contenido de sus ítems está centrado en síntomas extravagantes o inusuales de psicopatología severa. Según Greene<sup>407</sup>, las puntuaciones elevadas en estas escalas pueden deberse a la existencia de estilos de respuesta inconsistente, a la presencia de psicopatología real severa, o bien a un patrón de simulación de respuestas, lo que en definitiva sobredimensionará las puntuaciones de las escalas clínicas básicas del MMPI-2; mientras que las puntuaciones bajas suelen asociarse a la ausencia de psicopatología real, o bien a patrones de defensividad, infradimensionando las puntuaciones obtenidas en las escalas clínicas básicas del MMPI-2. Respecto a los patrones de “mala imagen” o sobredimensionados, Butcher<sup>408</sup> recomienda considerar la existencia de simulación, o exageración deliberada de síntomas, cuando F y/o Fb muestren puntuaciones T mayores de 100 y VRIN sea menor o igual a 79.

---

<sup>405</sup> GREENE, R. L. “Assessment of malingering...”, ob cit., págs. 159-181.

<sup>406</sup> BURY, A. S., BAGBY, R. M. “The detection of feigned uncoached and coached posttraumatic stress disorder with the MMPI-2 in a sample of workplace accident victims”, *Psychological Assessment*, Vol. 14, págs. 472-484/ELHAI, J. D., NAIFEH, J. A., ZUCKER, I. S., GOLD, S. V., DEITSCH, S. E., FRUEH, B.C. “Discriminating malingered from genuine civilian posttraumatic stress disorder: A validation of the three MMPI-2 infrequency scales (F, Fp, and Fptsd), *Assessment*, Vol. 11, págs. 139-144/GRAHAM, J. R., TIMBROOK, R., BEN-PORATH, Y. S., BUTCHER, J. N. “Code-type congruence between MMPI and MMPI-2: Separating fact from artifact”, *Journal of Personality Assessment*, Vol. 57, págs. 205-215/NICHOLSON, R. A., MOUTON, G. J., BAGBY, R. M., BUIS, T., PETERSON, S. A., BUIGAS, R. A. “Utility of MMPI-2 indicators of response distortion: receiver operating characteristics analysis”, *Psychological Assessment*, Vol. 9, págs. 471-479/STRONG, D. R., GREENE, R. L., SCHINKA, J. A. “A taxometric analysis of MMPI-2 infrequency scales [F and F(p)] in clinical settings”, *Psychological Assessment*, Vol. 12, págs. 166-173.

<sup>407</sup> GREENE, R. L. “Malingering and defensiveness...”, ob cit., págs.159-181.

<sup>408</sup> BUTCHER, J. M. *Preparing for court testimony based on the MMPI-2: Guide*, 4ª ed., University of Minnesota, Minneapolis, 2012.

Otro indicador interesante de simulación es el índice F-K de Gough<sup>409</sup>. Este índice se obtiene restando la puntuación directa de la Escala K de validez a la puntuación directa de la escala F de validez. Si el índice es positivo a partir de un determinado punto de corte, el sujeto evidenciaría una tendencia a la exageración deliberada de síntomas (*fake bad* o mal simulador); si el índice es negativo a partir de un determinado punto de corte, el individuo mostraría una tendencia a la negación o encubrimiento de síntomas-defensividad (*fake good* o buen simulador). Sin embargo, no existe consenso entre los diversos autores en relación a los puntos de corte recomendados para clasificar de forma eficaz individuos simuladores de individuos que no lo son, ya que dichos puntos dependen en gran medida de las muestras utilizadas en su obtención. De hecho, la literatura científica señala puntos de corte para exageración de síntomas que oscilan entre +6 y +27 y entre -11 y -20 para el encubrimiento o negociación de síntomas, siempre en muestras norteamericanas<sup>410</sup>.

La escala F Psicopatológica o F(p), fue creada como una medida de validez adicional para explicar más específicamente las elevaciones encontradas en la escala F de validez del MMPI-2<sup>411</sup>. De hecho, estos autores sugieren que cuando F y F(p) presentan puntuaciones elevadas, es más probable atribuir dichas elevaciones a un patrón de simulación de respuestas que a la existencia de psicopatología real severa, especialmente si las escalas VRIN y TRIN no se encuentran elevadas significativamente. En este sentido, hay que considerar conjuntamente las escalas F y F(p), lo que permite discriminar mejor que cuando se utiliza la escala por si sola, entre grupos con psicopatología genuina de grupos de simuladores<sup>412</sup>.

---

<sup>409</sup> GOUGH, H. G. "The F minus dissimulation index for the MMPI", *Journal of Consulting Psychology*, Vol. 14, 1950, págs. 408-413.

<sup>410</sup> BUTCHER, J. N., WILLIAMS, C. L. *Essentials of MMPI-2 and MMPI-A interpretation*, University of Minnesota Press, Minneapolis, 1992/GREENE, R. L. "Assessment of malingering...", ob cit., págs. 169-207/MEYERS, J. E., MILLIS, S. R., VOLKERT, K. "A validity index for the MMPI-2", *Archives of Clinical Neuropsychology*, Vol. 17, 2002, págs. 157-169.

<sup>411</sup> ARBISI, P. A., BEN-PORATH, Y. S. "On MMPI-2 infrequent response scale for use with psychopathological populations: The Infrequent Psychopathology Scale F(p)", *Psychological Assessment*, Vol. 7, 1995, págs. 424-431.

<sup>412</sup> STRONG, D. R., GREENE, R. L., SCHINKA, J.A. "A taxometric analysis of MMPI-2 infrequency scales [F and F(p)] in clinical settings", *Psychological Assessment*, Vol. 12, 2000, págs. 166-173/BURY, A. S., BAGBY, R. M. "The detection of feigned uncoached and coached posttraumatic stress disorder with the MMPI-2 in a sample of workplace accident victims", *Psychological Assessment*, Vol. 14, 2002, págs. 472-484.

La escala FBS, también denominada escala de validez de síntomas, se diseñó específicamente con el fin de ayudar a detectar simulación de quejas somáticas en el ámbito forense. Incluye ítems referidos a síntomas somáticos, alteración del sueño, síntomas relacionados con tensión y estrés, falta de energía o anhedonia, etc. Aunque ha sido una escala que ha generado cierto debate en torno a su validez para detectar la exageración de síntomas, recientes estudios de metanálisis parecen confirmar su utilidad<sup>413</sup>.

Otras escalas, de gran utilidad, aunque no forman parte de la versión comercial del MMPI-2, son la Escala de Deseabilidad Social de Wiggins (Wsd), la Escala de Deseabilidad Social de Edwards (Esd), la Escala Other Deception (Od) y la Escala Superlativa (S).

La Escala de Deseabilidad Social de Wiggins (Wsd) fue construida sobre la base de la comparación de respuestas de sujetos instruidos para que contestaran, en consonancia con lo que la gente en general consideraría más deseable socialmente con base en los valores de la cultura norteamericana, con los protocolos de sujetos bajo instrucciones estándar. Mediante este procedimiento, Wiggins identificó 40 ítems que diferenciaban significativamente a ambos grupos. En el MMPI-2 se redujeron a 33.

La Escala de Deseabilidad Social de Edwards (Esd) fue confeccionada, siguiendo el procedimiento *thurstone*, a partir de la clasificación unánime hecha por 10 jueces de ítems y respuestas en línea con la deseabilidad social<sup>414</sup>. Los jueces coincidieron unánimemente en 39 ítems.

La Escala *Other Deception* (Od) fue desarrollada por Nichols y Greene<sup>415</sup> a partir de la unión de las Escalas PM y Wsd eliminando aquellos que tenían una baja correlación ítem-

<sup>413</sup> LESS-HALEY, P. R., ENGLISH, L. T. GLENN, W. T. "A fake-bad scale on the MMPI-2 for personal injury claimants", *Psychological Reports*, Vol. 68, 1991, págs. 203-310/BUTCHER, J. N., ARBISI, P. A., ATLAS, M. M., MCNULTY, J. L. "The construct validity of the Less-Haley Fake Bad Scale. Does this scale measuring somatic malingering or feigned emotional distress?", *Archives of Clinical Neuropsychology*, Vol. 18, 2003, págs. 473-485/NELSON, N. W., SWEET, J. J., DEMAKIS, G. J. "Meta-analysis of the MMPI-2 Fake Bad Scale: utility in forensic practice", *The Clinical Neuropsychologist*, Vol. 20, 2006, págs. 39-58.

<sup>414</sup> EDWARDS, A. L. *The social desirability variable in personality assessment and research*, Dryden, New York, 1957, págs. 236-246.

<sup>415</sup> NICHOLS, D. S., GREENE, R. L. New measures for dissimulation on the MMPI/MMPI-2. Comunicación presentada al 26 Simposio Anual sobre Desarrollos Recientes en el Uso del MMPI (MMPI-2/MMPI-A), St. Petersburg Beach, FL, 1991, págs. 21-27.

total de la escala. *Other Deception*, o manejo de las impresiones, implica un intento deliberado de engañar al examinador presentando una descripción favorable no real.

La Escala Superlativa (S), informa de personas que se presentan a sí mismas de un modo superlativo. Se construyó a partir de la observación de los ítems cuya respuesta era significativamente ( $p < .001$ ) diferente entre una muestra de 274 aspirantes a pilotos de líneas aéreas y población estándar. Sobre la base de estos ítems y de la consistencia interna entre ellos, se construyó la Escala S que consta de 50 ítems con 5 subescalas: Creencia en la bondad humana, serenidad, satisfacción con la vida, paciencia y negación de irritabilidad e ira, y negación de defectos morales. Aunque personas mentalmente sanas puedan tener algunos de estos atributos, es improbable que sea en un alto grado.

Los individuos pueden responder a todos los ítems como Verdadero o como Falso. Un patrón extremo como éste es fácilmente detectable examinando la hoja de respuestas, pero una predisposición menos extrema en una u otra dirección puede no ser detectada de forma tan fácil. Para su valoración pueden ser de gran utilidad el uso de las dos escalas de inconsistencia: TRIN (Inconsistencia de las respuestas de verdadero) y VRIN (Variable de respuestas variables). La escala TRIN es sensible a la tendencia a dar un determinado tipo de respuestas a los ítems, sin atender al contenido de los mismos (contestar repetidamente Verdadero o Falso). Las puntuaciones VRIN reflejan la tendencia general a no atender al contenido de los ítems al marcar las respuestas del cuestionario. Así pues, las puntuaciones TRIN y VRIN proporcionan un índice de la tendencia del sujeto a responder de forma inconsistente o contradictoria. Así, TRIN y VRIN se parecen a la escala de Descuido que también fue desarrollada para identificar este tipo de inconsistencia en las respuestas al MMPI; de cualquier modo, existen medidas muy extendidas construidas con este mismo propósito.

El cuestionario MMPI-2 posee diez escalas clínicas, que exploran distintos aspectos de la personalidad e intentan explorar los principales componentes de la psicopatología de la persona. Son las siguientes:

- Escala 1 (Hs: Hipocondría). Algunos de los ítems comprendidos en esta escala reflejan síntomas determinados o quejas específicas, pero muchos otros reflejan una preocupación somática más general o una atención auto-centrada en las vidas de esos individuos.

- Escala 2 (D: Depresión). Esta escala fue desarrollada a partir de pacientes psiquiátricos con distintos tipos de depresión sintomática, fundamentalmente en los que tenían reacciones depresivas o un episodio depresivo de un trastorno maníaco-depresivo. Los ítems incluidos en esta escala reflejan no sólo los sentimientos de desánimo, pesimismo y desesperación que caracterizan el estado clínico de individuos depresivos, sino también características básicas de la personalidad, tales como hiperresponsabilidad, valores personales rígidos y auto-castigo.

- Escala 3 (Hy: Histeria). Algunos de los 60 ítems que la componen reflejan quejas físicas específicas o trastornos molestos, pero muchos otros implican una negación de problemas en la propia vida o la ausencia de ansiedad social que suele observarse en sujetos con estas defensas.

- Escala 4 (Pd: Desviación Psicopática). Algunos de los ítems incluidos en esta escala se refieren a la disposición de estas personas para reconocer que tienen problemas con la ley; otros reflejan la ausencia de consideración acerca de la mayoría de las normas sociales y morales de conducta. La escala está compuesta por 50 ítems.

- Escala 5 (Mf: Masculinidad-Feminidad). Esta escala fue construida a partir de varones que buscaron ayuda psiquiátrica en un esfuerzo por controlar sus sentimientos homosexuales o para poder hacer frente a confusiones dolorosas acerca de su rol sobre el género. Los esfuerzos similares por desarrollar una medida de divergencia del rol sobre el sexo en mujeres no tuvieron éxito. Los ítems de esta escala cubren también un rango de reacciones emocionales, intereses, actitudes y sentimientos sobre el trabajo, interrelaciones sociales y aficiones en los que difieren los varones y las mujeres.

- Escala 6 (Pa: Paranoia). El contenido de los ítems de esta escala refleja, tanto una marcada sensibilidad interpersonal, como una tendencia a malinterpretar los motivos o intenciones de otros. También se incluyen en algunos de estos ítems egocentrismo e inseguridad.

- Escala 7 (Pt: Psicastenia). Esta escala fue construida fundamentalmente a partir de pacientes que mostraban preocupaciones obsesivas, rituales compulsivos, o los miedos exagerados que presentaba el grupo neurótico, descrito entonces con el diagnóstico de psicastenia, pero que corresponde a la actual designación del trastorno obsesivo-compulsivo. Aunque algunos de los contenidos de los ítems se refieren a esa temática sintomática, la

escala completa refleja ansiedad y estrés más generalizados (o emocionalmente negativos), así como la declaración de estrictas normas de moral, auto-culpa por las cosas que van mal y rígidos esfuerzos por controlar los impulsos.

- Escala 8 (Sc: Esquizofrenia). La escala se construyó a partir de pacientes psiquiátricos que manifestaron varias formas de esquizofrenia. El contenido de los ítems cubre un amplio rango de pensamientos extraños, experiencias inusuales y características sensibles especiales de estos individuos.

- Escala 9 (Ma: Hipomanía). Se desarrolló a partir de pacientes con estados tempranos de un episodio maníaco o de un trastorno maníaco-depresivo. El contenido de los ítems de esta escala cubre algunas de las características conductuales de esta condición y rasgos asociados (ambición desmedida, extraversión y altas aspiraciones).

- Escala 0 (Si: Introversión social). Esta escala fue desarrollada a partir de muestras de escolares que puntuaron en los extremos de la escala de introversión y extraversión social en el *T-S-E Inventory (Thinking Social Emotional Introversion Inventory* de Evan y McConnell)<sup>416</sup>. Las puntuaciones superiores a la media en la escala 0 reflejan niveles elevados de reserva social, preferencia por pasatiempos solitarios y ausencia de asertividad social. Las puntuaciones por debajo de la medida reflejan las tendencias contrarias, en el sentido de participación y ascendencia social.

El cuestionario MMPI-2 también comprende quince Escalas de Contenido, que han mostrado ser tan válidas para describir y predecir variables de personalidad como otras escalas desarrolladas por otros métodos. Además tienen la ventaja de ser más fáciles de interpretar debido a la homogeneidad de su contenido<sup>417</sup>.

Son las siguientes:

- ANX (Ansiedad): Puntuaciones altas en ANX indican síntomas generales de ansiedad, incluyendo tensión, problemas somáticos (tales como problemas cardíacos y respiración entrecortada), problemas de insomnio, preocupaciones y escasa concentración.

---

<sup>416</sup> EVANS, C., MCCONNELL, T. R. "A new measure of introversion-extroversion", *Journal of Psychology*, Vol. 12, 1941, págs. 111 –124.

<sup>417</sup> BUTCHER, J. N., DAHLSTROM, W. G., GRAHAM, J. R., TELLEGEN, A. M., KAEMMER, B. *MMPI-2: Manual for administration and scoring*, University of Minnesota Press, Minneapolis, 1989, pág. 88.



- FRS (Miedos): Una alta puntuación en FRS indica que se trata de un sujeto con muchos temores específicos. Éstos incluyen temor a ver sangre, a los lugares altos, relacionados con el dinero, temores a los animales, a salir de casa, etc.

- OBS (Obsesividad): Puntuaciones altas en OBS indican que se trata de sujetos con grandes dificultades para tomar decisiones y que son propensos a rumiar excesivamente sus preocupaciones y problemas, impacientando a los demás. Les molesta tener que hacer cambios y tienen algunas conductas compulsivas como contar o coleccionar cosas sin importancia.

- DEP (Depresión): Puntuaciones altas en esta escala caracterizan a individuos con pensamientos significativamente depresivos. Se sienten melancólicos, con incertidumbre acerca de su futuro y sin interés por sus vidas. No suelen ver a los demás como fuente de ayuda.

- HEA (Preocupaciones por la salud): Esta escala fue desarrollada para evaluar a las personas que se preocupan excesivamente de su salud informando reiteradamente de sus múltiples problemas orgánicos.

- BIZ (Pensamiento extravagante): Los procesos de pensamiento psicótico caracterizan a los individuos que puntúan alto en la escala BIZ. Informan de alucinaciones auditivas, visuales u olfativas y pueden reconocer que esos pensamientos son extraños y peculiares. Así mismo, pueden informar de ideación paranoide (como la creencia de que están siendo objeto de una conspiración o de que alguien está intentando envenenarlos). Estos individuos pueden sentir que tienen una misión especial o que poseen poderes especiales.

- ANG (Hostilidad): Puntuaciones altas en la escala ANG sugieren problemas con el control en su conducta. Estos individuos se sienten irritables, impacientes, exaltados y molestos. Pueden perder el control de sí mismos.

- CYN (Cinismo): Las puntuaciones altas en CYN se caracterizan por creencias misántropas. Estos sujetos esperan ocultas motivaciones negativas tras los actos de los demás (por ejemplo, creen que la mayoría de la gente es honesta sólo porque teme ir a la cárcel). Desconfían de los demás porque creen que la gente usa a los otros y establece amistades sólo por razones egoístas. Tienden a tomar actitudes negativas hacia las personas cercanas a ellos, incluyendo compañeros de trabajo, familiares y amigos.

- ASP (Conductas antisociales): Además de tener actitudes misántropas como las de los sujetos que puntúan alto en CYN, los sujetos que puntúan alto en la escala ASP informan de problemas de conducta y de inadaptación social.

- TPA (Comportamiento tipo A): Puntuaciones altas en TPA indican que los sujetos trabajan duramente, se mueven rápidamente, y son individuos orientados al trabajo, que frecuentemente se impacientan, se irritan y se molestan. No les gusta esperar o ser interrumpidos. Para ellos no hay horas suficientes en el día para completar sus tareas. En sus relaciones con los demás, son directos y autoritarios.

- LSE (Baja autoestima): Los sujetos que puntúan alto en LSE se caracterizan por tener mala opinión de sí mismos. No creen que los demás les aprecien ni se consideran importantes. Adoptan múltiples actitudes negativas hacia sí mismos. Se sienten abrumados por los errores que ven en sí mismos.

- SOD (Malestar social): Los sujetos que puntúan alto en SOD se sienten intranquilos cuando están rodeados de gente, prefiriendo estar solos. Huyen de los acontecimientos sociales y fiestas.

- FAM (Problemas familiares): Los sujetos que puntúan alto en FAM informan sobre considerables problemas familiares.

- WRK (Interferencia laboral): Una puntuación alta en WRK es indicativa de conductas o actitudes que probablemente contribuyen a un desajuste y deficiente ejecución del trabajo habitual. Algunos de los problemas se relacionan con baja auto-confianza, dificultades de concentración, obsesividad, problemas de toma de decisiones, tensión y presión. Otros, sugieren ausencia de apoyo familiar en la elección de un determinado título, o cuestiones personales en su elección y actitudes negativas hacia sus compañeros.

- TRT (Indicadores negativos de tratamiento): Puntuaciones elevadas en TRT indican que los individuos tienen actitudes negativas hacia el tratamiento médico o psicológico, no creyendo en los cambios posibles. Los sujetos que puntúan alto creen que nadie puede entenderles o ayudarles.

El MMPI-2 también dispone de un número de escalas, denominadas "Suplementarias", utilizadas para ayudar a interpretar las escalas Clínicas y aumentar la cobertura de problemas y trastornos clínicos. Al igual que para las escalas Clínicas, las puntuaciones T mayores de 65

pueden considerarse como puntuaciones altas y las puntuaciones T menores de 40 como puntuaciones bajas. Para determinadas escalas como la escala Revisada de Alcoholismo de McAndrew, suelen hacerse recomendaciones específicas en relación a los niveles de puntuación. Su aplicación y uso es más limitado, por lo que entramos en su detalle, al sobrepasar los objetivos de la presente memoria doctoral.

Aldea<sup>418</sup> realizó una revisión de diferentes trabajos para detectar población simuladora encontrando que los simuladores se corresponden con el siguiente patrón:

- a. Puntuaciones extremadamente altas en la escala F.
- b. Valores altos en el índice F-K.
- c. Perfiles clínicos elevados en las escalas 2, 4, 6 y 8 (Depresión, Desviación Psicopática, Paranoia y Esquizofrenia, respectivamente).
- d. Descenso de la escala ES (escala de la Fuerza del Yo).
- e. Puntuaciones mayores de 100 en la subescala Obvio-Sutil (diferencia entre la suma de puntuaciones T de Obvio y las de Sutil).

Wasyliw y otros autores<sup>419</sup>, analizando en poblaciones forenses, la eficacia de las escalas de validez del MMPI como detectoras de sujetos simuladores concluyeron que el MMPI es un instrumento útil, ya que diferenciaba, en las escalas de validez, entre individuos previsiblemente simuladores en el campo forense y otros ya declarados no imputables por razón de enfermedad mental. Encontraron una correlación positiva, estadísticamente significativa, entre la duración de la pena privativa de libertad, que correspondería a los sujetos en caso de ser condenados, y las puntuaciones obtenidas en las escalas que indican simulación, Ds y O-S. A su vez, observaron una correlación negativa, también significativa, entre la duración de dicha pena y las puntuaciones en las escalas que evalúan minimización de síntomas, L y Mp.

---

<sup>418</sup> ALDEA, M. J. "Revisión del estado actual de los conocimientos sobre la neurosis de renta". *Informaciones Psiquiátricas*, Vol. 138, 1994, págs. 411-436.

<sup>419</sup> WASLYLIW, O. E., GROSSMAN, L. S., HAYWOOD, T. W., CAVANAUGH, J. L. Jr. "The detection of malingering in criminal forensic groups: MMPI Validity Scales". *J Personality Assessment*, Vol 52, 1988, págs 321-333.

Por su parte, Nicholson y otros autores<sup>420</sup> concluyen que las escalas F y F-K eran indicadores robustos de los intentos de dar mala imagen, mientras que el índice O-S se mostraba más débil aunque también útil en esta tarea.

También, se ha observado que las escalas F y Fb detectan eficazmente individuos que pretenden mostrar mala imagen, simulando o sobredimensionando síntomas psicopatológicos<sup>421</sup>. Para Butcher<sup>422</sup> cuando F y/o Fb muestran puntuaciones T mayores de 100 y VRIN es menor o igual a 79, es recomendable sospechar simulación.

Una investigación realizada por Arce y otros<sup>423</sup>, para la creación y validación de un protocolo de evaluación forense de las secuelas psicológicas de la violencia de género, destaca que las escalas F y K son indicadores fiables de simulación (clasificación correcta del 81,2% y 89,1%, respectivamente), ahora bien, el porcentaje de sujetos no clasificados correctamente superaba el margen de error admisible estadísticamente. La escala L no detectó ninguna de las simuladoras. Por su parte, el índice F-K se mostró también fiable (clasificación correcta del 79,2%), a diferencia del perfil en V invertida, pero el margen de error excedía lo estadísticamente admisible. En relación con las escalas adicionales, la Fb representa un indicador fiable, pero se observa que se solapa con la escala F, sin ofrecer valor añadido alguno. Por último, respecto con el estudio global de la simulación, estos autores, siguiendo a Graham<sup>424</sup>, entienden que para invalidar un perfil se requiere que al menos dos de las escalas

---

<sup>420</sup> NICHOLSON, R.A., MOUTON, G. J., BAGBY, R. M., BUIS, T., PETERSON, S. A., BUIGAS, R. A. Utility of MMPI-2 indicators of response distortion: receiver operating characteristic analysis. *Psychological Assessment*, Vol. 9, 1997, págs. 471-479.

<sup>421</sup> STRONG, D. R., GREENE, R. L., SCHINKA, J. A. "A taxometric analysis of MMPI-2 infrequency scales [F and F(p)] in clinical settings". *Psychological Assessment*, Vol. 12, 2000, págs. 166-173/BURY, A. S., BAGBY, R. M. "The detection of feigned uncoached and coached posttraumatic stress disorder with the MMPI-2 in a sample of workplace accident victims. *Psychological Assessment*, Vol. 14, 2002, págs. 472-484/ELHAI, J. D., NAIFEH, J. A., ZUCKER, I. S., GOLD, S. V., DEITSCH, S. E. Y FRUEH, B. C. "Discriminating malingered from genuine civilian posttraumatic stress disorder: A validation of the three MMPI-2 infrequency scales (F, Fp, and Fptsd)". *Assessment*, Vol. 11, 2004, págs. 139-144.

<sup>422</sup> BURY, A. S., BAGBY, R. M. "The detection of feigned uncoached and coached posttraumatic stress disorder with the MMPI-2 in a sample of workplace accident victims", *Psychological Assessment*, vol. 14, 2002, págs. 472-484/BUTCHER, J.N. "Assessing MMPI-2 profile validity" en KOOECHER, G.P., NORCROSS, J. C., HILL S. S., *Psychologists' desk reference*. 2ª ed., Oxford University Press, New York, 2005, págs. 128-132.

<sup>423</sup> ARCE, R., FARIÑA, F., CARBALLAL, A., NOVO, M. "Creación y validación de un protocolo de evaluación forense de las secuelas psicológicas de la violencia de género". *Psicothema*, Vol. 21, 2009, págs. 241-247.

<sup>424</sup> GRAHAM, J. R. *MMPI-2: Assessing personality and psychopathology*, 5ª ed., Oxford University Press, New York, 2011, págs. 294-297.

originales de validez relevantes para la simulación (F y K) o de sus combinaciones (índice F-K y perfil en V invertida) presenten puntuaciones invalidantes. En su estudio, el 86,14% de las participantes satisfacen este criterio. Sin embargo, el porcentaje (13,86%) que no satisface este criterio excede el margen de error asumible estadísticamente.

## II. INVENTARIO DE SÍNTOMAS DE DEROGATIS-REVISADO (SCL-90-R)

El Inventario de Síntomas de Derogatis-Revisado<sup>425</sup>, *Derogatis Symptom Checklist, Revised* (SCL-90-R) es un instrumento de autoinforme muy utilizado en estudios clínicos y constituye una de las técnicas más utilizadas para la detección y medición de síntomas psicopatológicos, así como para la evaluación de supuestos casos psiquiátricos<sup>426</sup>. El SCL-90-R cuestiona al individuo sobre la existencia e intensidad de 90 síntomas psiquiátricos y psicósomáticos, valorando la intensidad de cada síntoma en una escala que va desde la ausencia total (0) hasta la máxima intensidad del síntoma (4).

Aunque el SCL-90-R es un instrumento esencialmente clínico y sin pretensiones forenses, su uso en el contexto forense ha mostrado utilidad. Las dimensiones clínicas incluyen categorías diagnósticas de relevancia en este ámbito (por ejemplo psicoticismo, paranoia, depresión, ansiedad), también de los síntomas se pueden extraer otros trastornos e índices globales que pueden ser interpretados como índices de validez.

Originariamente y dado que el instrumento tiene un objetivo clínico, Derogatis propuso su interpretación como una tendencia inconsciente o estilo de respuesta “aumentador” y “reductor”, según se detectara una sobreinformación o negación de síntomas o de severidad, respectivamente. Sin embargo, en el ámbito forense, dichos estilos han de interpretarse como intentos conscientes de manipulación de las respuestas. En el contexto clínico es una herramienta útil en la evaluación de la salud mental y del diagnóstico

---

<sup>425</sup> DEROGATIS, L. R. “The SCL-90-R”, *Baltimore: Clinical Psychometric Research*, 1975/ DEROGATIS, L. R., CLEARY, P. “Confirmation of dimensional structure of the SCL-90: A study in construct validation”, *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 33, 1977a, págs. 981-989/DEROGATIS, L. R., CLEARY, P. “Factorial invariance across gender for the primary symptom dimension of the SCL-90”, *British Journal of Social and Clinical Psychology*, Vol. 16, 1977b, págs. 347-356.

<sup>426</sup> STARCEVIC, V., BOGOJEVIC, G., MARINKOVIC, J. “The SCL-90-R as a screening instrument for severe personality disturbance among outpatients with mood and anxiety disorders”, *Journal of Personality Disorders*, Vol. 14, 2000, págs. 199-207.

diferencial de simulación. En adultos los índices de validez clasificaban correctamente a víctimas simuladas y genuinas de dolor crónico, de trastorno por estrés postraumático de violencia de género o de fibromialgia<sup>427</sup>.

La gran popularidad de esta prueba se debe a tres características: se trata de un test de fácil aplicación y corrección, permite detectar síntomas en varios niveles de intensidad y tiene buenas propiedades psicométricas.

Consta de 90 ítems (existe una versión reducida de 52) en los que el sujeto informa de sus síntomas psicológicos, psiquiátricos y somáticos. La escala de respuestas es de cinco puntos: “nada” (0), “un poco” (1), “moderadamente” (2), “bastante” (3) y “muchísimo” (4). Una vez puntuadas las respuestas es posible caracterizar la sintomatología del evaluado en un perfil compuesto por nueve dimensiones primarias de síntomas (Somatización, Obsesiones, Sensibilidad Interpersonal, Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ansiedad Fóbica, Ideación Paranoide y Psicoticismo) y tres índices globales de psicopatología: el Índice de Gravedad Global (*Global Severity Index*, GSI), el Índice de Malestar Positivo (*Positive Symptom Distress*, PSDI) y el Total de Síntomas Positivos (*Positive Symptom Total*, PST).

Las nueve dimensiones primarias son:

**Somatización.** Esta dimensión, compuesta por 12 ítems, evalúa la presencia de malestar que la persona percibe relacionado con diferentes disfunciones corporales (por ejemplo, cardiovasculares, gastrointestinales, respiratorios).

**Obsesivo-compulsivo.** Esta subescala engloba síntomas que están claramente identificados con el síndrome clínico del mismo nombre, es decir, se focaliza en pensamientos, impulsos y acciones que son experimentados como imposibles de evitar o no deseados.

---

<sup>427</sup> MCGUIRE, B. E., SHORES, E. A. “Simulated pain on the Symptom Checklist 90-Revised”, *Journal Clinical Psychology*, Vol. 57, 2001, págs. 1589-1596/VILARIÑO, M., ARCE, F., FARIÑA, F. “Forensic-clinical interview: Reliability and validity for the evaluation of psychological injury”, *European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, Vol. 5, 2013, págs. 1-21/TORRES, X., BAILLES, E., COLLADO, A., TABERNER, J., GUTIÉRREZ, M., PERI, J. M., ARIAS, A., FULLANA, M. A., VALDÉS, M. “Symptom Checklist, Revised (SCL-90-R) es capaz de diferenciar entre la simulación y la fibromialgia”, *Journal Clinical Psychology*, Vol. 66, 2010, págs. 774-790.

Sensibilidad interpersonal. Se refiere a los sentimientos personales de inferioridad e inadecuación, particularmente cuando la persona se compara con los demás. Son sentimientos de hipersensibilidad a las opiniones y actitudes ajenas y, en general, incomodidad e inhibición en las relaciones interpersonales.

Depresión. La depresión se mide a través de 13 ítems y recogen un amplio rango de signos y síntomas clínicos propios de los trastornos depresivos: estado de ánimo disfórico, falta de motivación, poca energía, sentimientos de desesperanza, ideas autodestructivas y otras manifestaciones cognitivas y somáticas características de los estados depresivos.

Ansiedad. Comprende diez ítems que son los clásicamente referidos a las manifestaciones clínicas de la ansiedad, con signos tales como nerviosismo, tensión, ataques de pánico y sentimientos de terror. Además, también mide signos generales de tensión emocional y sus manifestaciones psicósomáticas.

Hostilidad. Los seis ítems de esta dimensión reflejan pensamientos, sentimientos y acciones propias de estados de agresividad, ira, irritabilidad, rabia y resentimiento.

Ansiedad fóbica. Los siete ítems de la ansiedad fóbica se refieren a una respuesta de miedo persistente hacia personas concretas, lugares, objetos y situaciones y que se caracteriza por ser irracional y desproporcionada al estímulo que la produce.

Ideación paranoide. La sintomatología paranoide se aprecia mediante seis ítem que evalúan comportamientos paranoides fundamentalmente en cuanto a desórdenes del pensamiento, incluyendo características propias del pensamiento proyectivo tales como suspicacia, grandiosidad, hipertrofia del yo, centralismo auto-referencial e ideación delirante, hostilidad, miedo a la pérdida de autonomía y necesidad de control.

Psicoticismo. Constituida por diez síntomas que evalúan la conducta de retirada social, aislamiento, estilo de vida esquizoide, alucinaciones y control de pensamiento. En la población general esta dimensión está más relacionada con sentimientos de alienación social que con psicosis clínicamente manifiesta.

Además, el SCL-90-R contiene siete ítems que no están incluidos en las escalas referidas anteriormente, pero que tienen cierta relevancia clínica. Contribuyen a las puntuaciones globales del SCL-90-R. Estos son: poco apetito, problemas para dormir,

pensamientos acerca de la muerte o morirse, comer en exceso, despertarse muy temprano, sueño intranquilo, y sentimientos de culpa.

Como anteriormente se ha comentado, hay tres índices globales de psicopatología, que son los siguientes:

Índice de Gravedad o Severidad Global (GSI). Este índice es buen indicador del nivel actual de la severidad del trastorno, y puede ser utilizado en aquellas ocasiones en las que se solicita una simple medida psicopatológica. Combina información sobre el número de síntomas reconocidos como presentes y la intensidad del malestar psíquico percibido. La fórmula de cómputo es:

$$\text{GSI} = \frac{\text{Total de valores asignados a los elementos}}{\text{Número total de ítem}}$$

Malestar Referido a Síntomas Positivos (PSDI). Es una medida de intensidad pura corregida para un número de síntomas. El PSDI evalúa si la persona tiende a exagerar o minimizar los malestares que lo aquejan: Se obtiene tras aplicar la siguiente fórmula:

$$\text{PSDI} = \frac{\text{Total de valores asignados a los elementos}}{\text{PST}}$$

Total de Síntomas Positivos (PST). El PST es el resultado de contabilizar el número de total de ítems que tienen una respuesta positiva (esto es, mayor a cero), independientemente del grado de severidad en que puntúe.



# **CAPITULO IX**

## **JUSTIFICACIÓN DEL TEMA Y OBJETIVOS**



El análisis de la causa de inimputabilidad por anomalía o alteración psíquica únicamente es posible si, aparte de lo establecido por la ley y los criterios doctrinales, se toma en consideración el dato empírico obtenido tras el estudio psicológico y psiquiátrico del individuo. Así pues, el criterio dogmático-penal y jurisprudencial exclusivo no es suficiente, y tiene que ser analizado desde una perspectiva científica. De la ponderación resultante se puede llegar a conclusiones válidas, que son de una evidente repercusión a nivel jurídico. En esta tarea, es imprescindible el desarrollo de un diálogo productivo entre el Derecho penal, la Criminología, la Psicología y la Psiquiatría. Así lograremos superar generalizaciones, inadecuadas al estado de la ciencia y a la realidad de los tiempos, generadoras de una estandarización en el tratamiento jurídico, penal y psiquiátrico de estos individuos.

El internamiento de sujetos que padecen trastornos mentales en centros penitenciarios es una realidad, y la aplicación de medidas de seguridad y de reinserción social de naturaleza criminal a individuos inimputables y/o semiimputables es objeto de reflexión por parte, no sólo de la doctrina penal y criminológica, sino de las modernas corrientes psiquiátricas. La moderna visión de la enfermedad mental y del tratamiento se traduce en la adopción de medidas que superan el internamiento como base de la intervención terapéutica, lo que tiene su reflejo también en el ámbito penal, donde quedan incardinadas las medidas aplicables a sujetos afectados de anomalía o alteración psíquica, cuando las mismas derivan de la previa comisión de un hecho delictivo y el individuo revela un riesgo delictivo. En este sentido, las medidas de seguridad y las penas se configuran como consecuencia jurídica del delito, pero también constituyen instrumentos valiosos que deben ir dirigidos a la reeducación y reinserción social del individuo.

Entre las medidas de seguridad que se adoptan se incluye el internamiento en hospitales psiquiátricos penitenciarios, en los que prevalece el carácter asistencial y terapéutico, y que tienen como objetivo la estabilización psicopatológica de los pacientes y la reducción de su peligrosidad, como paso previo a una posible sustitución de la privación de libertad por una medida de tratamiento ambulatorio en la comunidad.

Desde la promulgación de la Constitución Española de 1978, a la única medida de seguridad que se contemplaba para los enfermos psíquicos, el internamiento psiquiátrico, se ha incorporado un amplio abanico de alternativas terapéuticas, en función de la concreta peligrosidad del individuo. Sin embargo, como consecuencia de la carencia de políticas preventivas o de recursos comunitarios asistenciales, que son los que deberían ser utilizados

de forma preferente, las instituciones psiquiátricas penitenciarias se erigen en la principal alternativa terapéutica y rehabilitadora para muchos de los sujetos que acogen, que no han sido tratados ni controlados durante su vida en libertad.

Desde el punto de vista de la institución penitenciaria no se puede infravalorar el problema y se debe reflexionar sobre la importancia que tienen los recursos sociales y los servicios de salud mental comunitarios en el tratamiento y seguimiento de los enfermos mentales, tanto durante la detención como en su posterior reincorporación a la vida en sociedad, asegurando una adecuada e individualizada atención social y sanitaria. En los sujetos con enfermedad mental, al estereotipo, erróneo y distorsionado, de la enfermedad se une otro, no menos equivocado, como es el de la peligrosidad, que se conforma como un elemento clave para el estigma y la discriminación, al que se añade el rechazo que el delincuente genera en la sociedad, que soporta la doble carga derivada de su condición de enfermo mental y de exrecluso. Todo ello genera elevados niveles de marginación, que hay que tener en cuenta de cara a la posterior integración social del individuo. En este contexto, se dibuja un escenario complejo en el que la investigación criminológica y la labor pericial son clave para responder a las diferentes cuestiones jurídicas planteadas.

Es en este ámbito donde hemos desarrollado el presente estudio, con el que pretendemos realizar un análisis clínico y criminológico de estos pacientes para contribuir a un conocimiento más profundo de esta realidad, que concierne de manera muy directa a la institución penitenciaria, y que posee una destacada repercusión social. También, desde el punto de vista psiquiátrico y psicológico forense pretendemos conocer el estado mental informado de estos individuos, mediante la detección y medición de síntomas psicopatológicos, así como analizar un aspecto clave como es el comportamiento de los indicadores de simulación y disimulación.

En efecto, una de las actuaciones más importantes y complejas de la peritación psicológica y psiquiátrica forense es el establecimiento de relaciones de causalidad psíquica entre el ser humano y sus acciones. A nivel clínico las personas no imputables por enfermedad mental incapacitante son fácilmente diagnosticadas, pero el trasvase de este diagnóstico al campo forense no es sostenible porque en el contexto clínico no se sospecha simulación, por lo que no se diagnostica, mientras que en el forense es obligado el diagnóstico diferencial de simulación y no es suficiente concluir en términos de impresión o juicio clínico.

Dado el diverso propósito que nos planteamos en este estudio, de evaluación de la salud mental y del diagnóstico diferencial de simulación, se requiere de una aproximación multimétodo que combine entrevista clínica e instrumentación psicométrica, para la que hemos aplicado dos pruebas de gran interés psicopatológico como son el Inventario de Síntomas de Derogatis-Revisado (Derogatis Symptom Checklist, Revised (SCL-90-R), y el MMPI-2, que es el instrumento multiescala de amplio espectro mejor validado para explorar patrones de respuesta aleatorios, simulación de psicopatología y defensividad.

Por todo ello, nos planteamos un estudio de campo con los siguientes objetivos específicos:

1° Elaborar el perfil de los pacientes internos en un Hospital Psiquiátrico penitenciario mediante el análisis de las variables sociobiográficas, clínicas, psiquiátricas y criminológicas;

2° Conocer la situación penal y penitenciaria de la muestra estudiada;

3° Estudiar la impresión diagnóstica y el estado mental de estos individuos, así como el historial psiquiátrico previo;

4° Analizar el comportamiento de los indicadores de simulación y de disimulación en pacientes psiquiátricos internados.

Todo ello nos conduce a establecer como objetivo general la obtención de información clínica, penal y criminológica de los pacientes internos, para el diseño de programas de intervención y de prevención de futuras conductas delictivas, así como para la adopción de medidas que faciliten la posterior readaptación al medio, tras la salida del individuo del centro de detención.



# **CAPÍTULO X**

## **MATERIAL Y MÉTODOS**





El estudio se ha realizado bajo el compromiso del cumplimiento de las normas éticas de investigación y de los requerimientos legales imprescindibles para su desarrollo. En todo momento se ha respetado la normativa vigente que garantiza la confidencialidad de los datos de carácter personal y su tratamiento automatizado, de acuerdo a la legislación sobre protección de datos de carácter personal (Ley Orgánica 15/99, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, RD 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal y el RD 994/1999, de 11 de junio, por el que se aprueba el Reglamento de medidas de seguridad de los ficheros automatizados que contengan datos de carácter personal, así como toda la normativa aplicable a esta materia).

En concreto, se ha llevado especial cuidado en el cumplimiento de los siguientes aspectos éticos y legales:

- confidencialidad de los datos obtenidos en el estudio;
- custodia de los datos recogidos en lugar seguro, impidiendo que ninguna persona que no pertenezca al equipo investigador pueda hacer uso de los mismos;
- inocuidad de los resultados del estudio para los participantes en la investigación.

## **I. PROCEDIMIENTO, PARTICIPANTES Y CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA DE ESTUDIO**

Las evaluaciones de los casos psiquiátricos penitenciarios, objeto del presente estudio, fueron realizadas en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Fontcalent (Alicante). Para ello, se obtuvo un permiso de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias del Ministerio del Interior del Gobierno de España, para llevar a cabo la realización del estudio, bajo la garantía de que los datos iban a ser tratados conforme a la Ley de Protección de Datos y que serían procesados de forma anónima, esto es, sin ningún dato que permitiera la identificación de los sujetos. También se garantizó que los datos serían tratados por profesionales e investigadores con experiencia clínica-forense. Ningún original, copia o dato no codificado salió del Centro.

En España hay tres hospitales psiquiátricos penitenciarios, el ya comentado Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Fontcalent (Alicante) y los localizados en Sevilla y Barcelona. Estos centros tienen por misión asistir de forma especializada a los pacientes que están reclusos, según los distintos supuestos contemplados en la legislación vigente, y a la vez garantizar las necesidades de custodia, seguridad y tratamiento. El Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Fontcalent (Alicante) dispone de seis unidades residenciales y un total de 454 camas. Hay una unidad común para enfermos agudos destinada a los pacientes descompensados, en observación y con alto riesgo de suicidio, para lo que dispone de 29 camas, y también un área destinada para nuevos ingresos con 6 camas.

Una vez que se comprobó que los pacientes reunían los requisitos exigidos para su inclusión, se les explicaba el objetivo del estudio. La recogida de los datos se realizó mediante entrevista dirigida, con preguntas abiertas y cerradas con un período previo de validación del mismo. La participación fue aceptada voluntariamente, sin recibir ninguna compensación a cambio. Consta de 310 ítems (Anexo 1) y contiene variables sociodemográficas (edad, género, estado civil, composición y vinculación familiar, antecedentes familiares), variables relacionadas con el historial delictivo y conducta delictiva objeto de condena, factores asociados a la delincuencia (drogodependencia, psicopatología) y variables penitenciarias (preventivos vs. internados, primarios vs. reincidentes). También se recogió información procedente de la historia clínica, de la sentencia judicial y del expediente penitenciario. En conclusión, de cada uno de los pacientes se recogieron variables sociobiográficas, judiciales, criminológicas, clínicas psiquiátricas, psicológicas y sociales.

Finalmente se administraron las pruebas psicométricas (SCL-90 y MMPI-2) mediante las cuales pretendemos conocer aspectos sobre la salud mental de los sujetos internados psiquiátricos penitenciarios y la exploración de patrones de respuesta aleatorios, simulación de psicopatología y defensividad.

Las evaluaciones se llevaron a cabo de modo individual durante una o más sesiones, atendiendo a la capacidad de atención, concentración y memoria de los sujetos, y según los déficits en las funciones neuropsicológicas observados entre los individuos diagnosticados de trastornos psicóticos (que es el diagnóstico primario en los historiales de estos internados psiquiátricos) y el cansancio mostrado durante su realización. En ningún caso se utilizaron más de 60 minutos en una misma sesión de evaluación.

Es preciso tener en cuenta que las personas con trastornos psiquiátricos generalmente pueden ser objeto de evaluación con la excepción de aquellos que estén en un estado clínico que anule algunas de sus funciones<sup>428</sup>. De acuerdo con las indicaciones de Graham<sup>429</sup> para la evaluación en contextos forenses, el examinador estaba atento a que las respuestas reflejaran el verdadero estado de la persona y dispuesto a responder cualquier duda o pregunta que pudiera surgir.

Como hemos comentado con anterioridad, la participación fue voluntaria y con consentimiento expreso. Se les explicó el objeto de la investigación, la importancia de la colaboración y honestidad en las respuestas y que los datos serían manejados de forma anónima y confidencial. Antes de proceder a la evaluación, se mantuvo una entrevista con el sujeto con el objetivo de comprobar si disponía de las capacidades suficientes para ser evaluado con dicho instrumento. En dicha entrevista se llevó a cabo una exploración rápida de las funciones cognoscitivas básicas necesarias para la cumplimentación del test, valorando la capacidad de lectura, comprensión, atención, memoria, razonamiento y juicio. Se desestimaron aquellos individuos con déficits en las funciones neuropsicológicas básicas que pudieran interferir en la realización de las pruebas. En esta entrevista, también se prestó especial atención en conocer la motivación del sujeto en una evaluación de su salud mental. Se siguieron las líneas maestras diseñadas por Finn<sup>430</sup> para la obtención de un protocolo válido, en concreto, saber lo que el evaluado podría conocer de su evaluación y asegurarle que se le proporcionará *feedback*. De este modo, se logra la colaboración activa del sujeto, y, por tanto, respuestas honestas, al no tener sentido para el individuo invalidar el protocolo.

La cumplimentación de los tests fue supervisada, de modo que el examinador comprobaba que las respuestas reflejaban el estado del evaluado y que los ítems eran entendidos correctamente, al tiempo que se resolvían las dudas y problemas que le manifestaba o bien observaba que le surgían. La administración fue individual y en un lugar privado, estableciéndose previamente un clima agradable (lugar silencioso y confortable).

---

<sup>428</sup> GREENE, R. L. *The MMPI-2/MMPI-2-RF: An interpretive manual*, 3ª ed., Allyn and Bacon, Boston, 2011, pág. 116.

<sup>429</sup> GRAHAM, J. R. *MMPI-2: Assessing personality and psychopathology*, 5ª ed., Oxford University Press, New York, 2011, págs. 294-297.

<sup>430</sup> FINN, S. E. *Using the MMPI-2 as a therapeutic intervention*, University of Minnesota Press, Minneapolis, 1996, págs. 211-218.

Finalmente, se procedió a un *debriefing* en el que se prestó atención a si los participantes habían ejecutado la tarea de forma satisfactoria (se les preguntó sobre el cansancio, recuerdo y comprensión de las instrucciones), y el grado de implicación. De este modo, se constató que los participantes habían comprendido y ejecutado la tarea correctamente implicándose en su realización. Los resultados también confirmaron la comprensión de la tarea e implicación de los participantes, ya que las puntuaciones en las escalas clínicas resultaron, en general, coincidentes con los diagnósticos clínicos obrantes en los expedientes. No se registró falta de cooperación con la evaluación, *outliers* o patrones de respuestas totalmente azarosos o extremadamente aquiescentes.

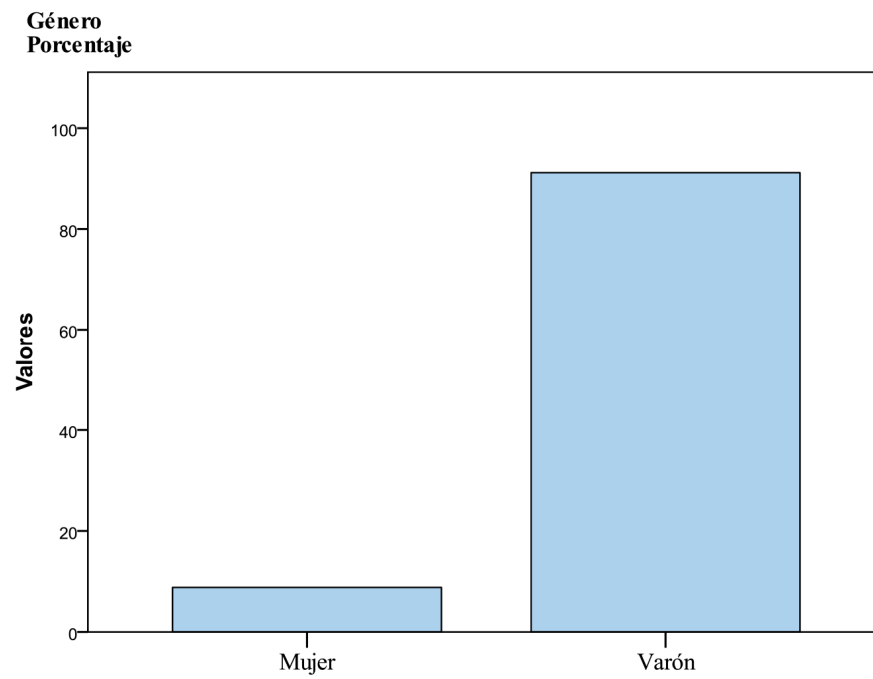
El tamaño de la muestra de estudio de internados psiquiátricos estudiados en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Foncalent (Alicante), es de 102 internos, de los cuales 93 son varones (91,2%) y 9 mujeres (8,8%) (Figura 1) con un rango de edad entre los 22 y los 77 años ( $M = 39,28$ ;  $EEM = 1,04$ ).

Para el contraste de determinados resultados se dispuso de una muestra de penados en segundo grado, esto es, penados en condiciones estándar, con quienes se siguieron los mismos pasos que con la de internados psiquiátricos. La evaluación fue obtenida como parte del proceso de clasificación en la fase de ingreso para el cumplimiento de la pena, siendo aplicada la evaluación por un miembro de la Junta de Tratamiento con competencias en evaluación psicológica. Esta segunda muestra está compuesta de 100 penados, condenados por delitos contra las personas, 90 varones y 10 mujeres, con edades comprendidas entre los 20 y los 73 años ( $M = 41,09$ ;  $EEM = 1,08$ ) internos en el Centro Penitenciario de A Lama (Pontevedra). De éstos, 49 eran primarios (primer ingreso en prisión), 51 reincidentes (dos o más ingresos en prisión), clasificados en segundo grado correspondientes a módulos no psiquiátricos. De acuerdo al estado civil, el 56% estaban solteros, el 20% casados, el 10% en convivencia con su pareja, el 22% divorciados/separados, y el 2% viudos. Académicamente, el 16% de los internos era analfabeto funcional, el 57% sólo había cursado estudios primarios, el 17% completó el bachillerato y el 10% estudios universitarios.

El 57% era consumidor habitual de sustancias tóxicas y el 1% padecía además algún trastorno psicopatológico. En relación al motivo principal por el que se encuentran internos, el 38% de los internos cumplía condena por delitos contra la propiedad, el 22% por delitos contra la salud pública, el 17% por delitos contra las personas, el 4% por delitos contra la libertad e indemnidad sexual y el restante 19% por otros delitos. Del total de los internos de la

muestra, el 52% había sido objeto de algún tipo de sanción disciplinaria a lo largo de la condena,

**Figura 1. Género de la muestra**

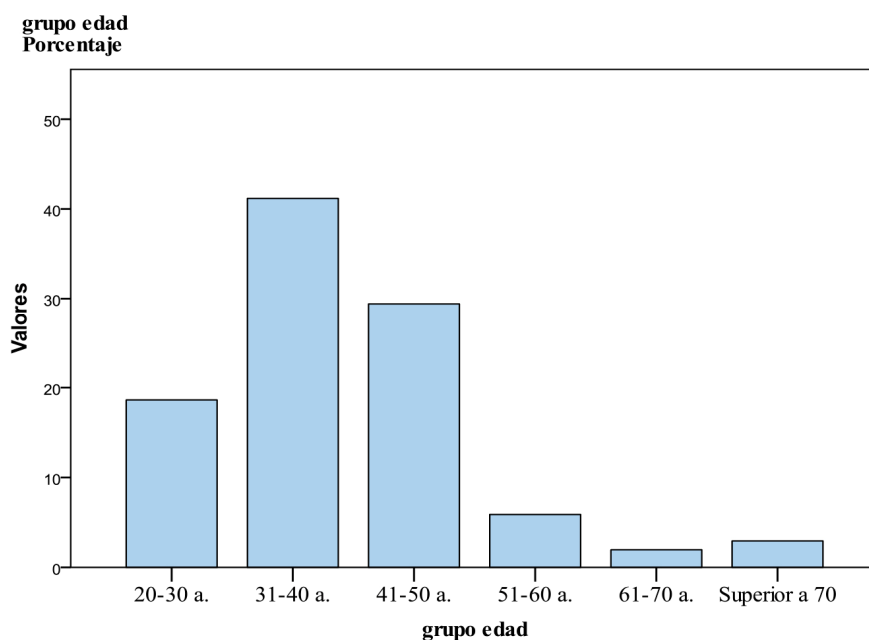


La distribución por grupos de edad se representa en la Tabla 1 y Figura 2.

**Tabla 1. Distribución por grupos de edad**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	20-30 años	19	18,6	18,6	18,6
	31-40 años	42	41,2	41,2	59,8
	41-50 años	30	29,4	29,4	89,2
	51-60 años	6	5,9	5,9	95,1
	61-70 años	2	2,0	2,0	97,1
	Más de 70 años	3	2,9	2,9	100,0
	Total	102	100,0	100,0	

Se observa que el 59,8% de los internos tienen una edad igual o inferior a 40 años.

**Figura 2.**

En lo que respecta al estado civil, mayoritariamente son solteros (71,6%). Sólo el 4,9% de los individuos se encuentran actualmente casados y el 3,9% conviven en pareja

(Tabla 2). El 31,4% de la muestra tienen hijo/os. La media del número de hijos es 0,64. El 68,6% de los sujetos no tienen descendencia. El 8,85 de los individuos son familia numerosa (tienen 3 o más hijos) (Tablas 3 y 4). El 79,4% tiene algún grado de vinculación familiar. (Tabla 5).

**Tabla 2. Estado civil**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Soltero	73	71,6	71,6	71,6
	Casado	5	4,9	4,9	76,5
	Convive	4	3,9	3,9	80,4
	Separado/ Divorciado	15	14,7	14,7	95,1
	Viudo	5	4,9	4,9	100,0
	Total	102	100,0	100,0	

**Tabla 3. N° de hijos**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	70	68,6	68,6	68,6
	1	13	12,7	12,7	81,4
	2	10	9,8	9,8	91,2
	3	5	4,9	4,9	96,1
	4	3	2,9	2,9	99,0
	5	1	1,0	1,0	100,0
	Total	102	100,0	100,0	

**Tabla 4. Estadísticos descriptivos**

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Típica	
	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Error típico	Estadístico
Nº de hijos	102	0	5	,64	,112	1,133
N válido (según lista)	102					

**Tabla 5. Vinculación familiar**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	81	79,4	79,4	79,4
	No	21	20,6	20,6	100,0
	Total	102	100,0	100,0	

En relación al lugar de nacimiento y de residencia, se representa en las Tablas 6 y 7. Se observa que el 7,8% son extranjeros. El 33,3% tienen como residencia la provincia de Alicante.



**Tabla 6. Lugar de nacimiento**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Marruecos	1	1,0	1,0	1,0
	Argelia	1	1,0	1,0	2,0
	Senegal	1	1,0	1,0	2,9
	Ghana	1	1,0	1,0	3,9
	Guinea	1	1,0	1,0	4,9
	Ucrania	1	1,0	1,0	5,9
	Noruega	1	1,0	1,0	6,9
	Palestina	1	1,0	1,0	7,9
	Madrid	13	12,7	12,7	21,6
	Salamanca	2	2,0	2,0	23,5
	Toledo	4	3,9	3,9	27,5
	C. Real	2	2,0	2,0	29,4
	Las Palmas	8	7,8	7,8	37,3
	Barcelona	4	3,9	3,9	41,2
	La Rioja	1	1,0	1,0	42,2
	Guipúzcoa	2	2,0	2,0	44,1
	Burgos	1	1,0	1,0	45,1
	Guadalajara	1	1,0	1,0	46,1
	Sevilla	3	2,9	2,9	49,0
	Almería	2	2,0	2,0	51,0
	Alicante	27	26,5	26,5	77,5
	Castellón	1	1,0	1,0	78,5
	Murcia	7	6,9	6,9	85,3

Baleares	3	2,9	2,9	88,2
Lérida	1	1,0	1,0	89,2
Huesca	1	1,0	1,0	90,2
Zaragoza	1	1,0	1,0	91,2
Teruel	1	1,0	1,0	92,2
Asturias	3	2,9	2,9	95,1
Zamora	1	1,0	1,0	96,1
La Coruña	3	2,9	2,9	99,0
León	1	1,0	1,0	100,0
Total	102	100,0	100,0	

**Tabla 7. Lugar de residencia**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Madrid	13	12,7	12,7	12,7
	Salamanca	2	2,0	2,0	14,7
	Toledo	3	2,9	2,9	17,6
	C. Real	1	1,0	1,0	18,6
	Las Palmas	8	7,8	7,8	26,5
	Barcelona	2	2,0	2,0	28,4
	La Rioja	1	1,0	1,0	29,4
	Guipúzcoa	1	1,0	1,0	30,4
	Burgos	1	1,0	1,0	31,4
	Sevilla	5	4,9	4,9	36,3
	Almería	3	2,9	2,9	39,2

Jaén	1	1,0	1,0	40,2
Alicante	34	33,3	33,3	73,5
Castellón	2	2,0	2,0	75,5
Murcia	9	8,8	8,8	84,3
Baleares	3	2,9	2,9	87,3
Lérida	1	1,0	1,0	88,2
Huesca	1	1,0	1,0	89,2
Zaragoza	2	2,0	2,0	91,2
Tarragona	1	1,0	1,0	92,2
Asturias	3	2,9	2,9	95,1
La Coruña	3	2,9	2,9	98,0
Pontevedra	1	1,0	1,0	99,0
León	1	1,0	1,0	100,0
Total	102	100,0	100,0	

El 41,2% de los individuos son analfabetos y el 45,1% han cursado solo estudios primarios (Tabla 8).

**Tabla 8. Nivel estudios**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Analfabeto	42	41,2	41,2	41,2
	Primarios	46	45,1	45,1	86,3
	Bachillerato	9	8,8	8,8	95,1
	Universitarios	5	4,9	4,9	100,0
	Total	102	100,0	100,0	

El 36,3% de los sujetos no percibe ningún tipo de remuneración. El 40,2% de los internos perciben exclusivamente una remuneración del centro (como consecuencia de trabajos realizados) y en el 23,5% de los casos los ingresos que perciben se corresponden con la pensión de discapacidad. (Tabla 9).

**Tabla 9. Percepción económica**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No percibe	37	36,3	36,3	36,3
	Remuneración del centro	41	40,2	40,2	76,5
	Pensión discapacidad	24	23,5	23,5	100,0
	Total	102	100,0	100,0	

## II. INSTRUMENTOS DE MEDIDA

En primer lugar, como instrumento de medida se utilizó la adaptación española del MMPI-2, baremado para España por TEA<sup>431</sup>. Dados nuestros propósitos de medida de la salud mental de los internados psiquiátricos, hemos utilizado las escalas clínicas básicas, que exploran distintos aspectos de la personalidad (Escala 1 -Hipocondría-, Escala 2 -Depresión-, Escala 3 -Histeria-, Escala 4 -Desviación Psicopática-, Escala 6 -Paranoia-, Escala 7 -Psicastenia-, Escala 8 -Esquizofrenia-, Escala 9 -Hipomania- y Escala 0 -Introversión social-. Hemos prescindido, por razones éticas, de la Escala 5 -Masculinidad-Feminidad-.

Puesto que en la evaluación con implicaciones forenses se ha de sospechar la simulación, es preciso realizar un diagnóstico diferencial de simulación, para lo que hemos utilizado las escalas de medida de la cooperación con la evaluación, de la consistencia en las respuestas y de validez del protocolo<sup>432</sup>. Así, hemos considerado para el presente estudio las escalas estándar de validez, escalas de Interrogantes, K, F y L, y los indicadores adicionales de validez -puesto que resultan más útiles que los originales para el diseño de la práctica forense-, relacionados con simulación y disimulación: la Escala F Posterior (Fb), la Escala de Disimulación de Gough (Ds) Faking Bad Scale (FBS) y la Escala de Psicopatología Infrecuente (Fp), para el estudio de la simulación; y las escalas Superlativa (S), Wiggins Social Desirability (Wsd), Edwards Social Desirability (Esd) y Other Deception (Od), para el estudio de la disimulación. Por último, también consideramos las escalas e índices de medida de la consistencia de las respuestas, escalas TRIN y VRIN, y el índice  $|F-Fb|$ <sup>433</sup>.

En nuestro estudio también hemos utilizado el Inventario de Síntomas de Derogatis-Revisado -SCL-90-R- (Symptom Check List - 90 - R) para la medida de la psicopatología. Como hemos comentado en un apartado anterior, el SCL-90-R fue desarrollado para evaluar

<sup>431</sup> HATHAWAY, S. R., MCKINLEY, J. C. *Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2. Manual*, Tea Ediciones, Madrid, 1999.

<sup>432</sup> AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 5ª ed, Autor, Washington, 2013.

<sup>433</sup> FARIÑA, F., ARCE R., VILARIÑO, M., NOVO, M. "Assessment of the standard forensic procedure for the evaluation of psychological injury in intimate-partner violence", *Spanish Journal of Psychology*, Vol. 17, 2014, págs. 1-10/BAER, R.A., MILLER, J. "Underreporting of psychopathology on the MMPI-2: A meta-analytic review", *Psychological Assessment*, Vol. 14, 2002, págs. 16-26/ROGERS, R. SEWELL, K. W., MARTIN, M. A., VITACCO, M. J. "Detection of feigned mental disorders: A meta-analysis of the MMPI-2 and malingering", *Assessment*, Vol. 10, 2003, págs. 160-177.

patrones de síntomas presentes en el individuo, y consta de 90 ítems (existe una versión reducida de 52) en los que el sujeto informa de sus síntomas psicológicos, psiquiátricos y somáticos. Este instrumento evalúa nueve dimensiones primarias y tres índices globales de psicopatología, tal y como hemos comentado en un apartado anterior.

La escala fue sometida a un análisis de la fiabilidad por Derogatis<sup>434</sup> mediante el coeficiente *alpha de Cronbach* (n=219) y el procedimiento *Test-Retest* (n=94) con los resultados que pueden consultarse en la Tabla 10 y que avalan la consistencia interna de la escala.

**Tabla 10. Fiabilidad de las escalas del SCL-90 con una muestra psiquiátrica norteamericana.**

<u>Factores</u>	<u>Test Retest</u>	<u>Alpha de Cronbach</u>
Somatización	,86	,86
Obsesivo-Compulsivo	,85	,86
Susceptibilidad Interpersonal	,83	,86
Depresión	,82	,90
Ansiedad	,80	,85
Hostilidad	,78	,84
Ansiedad Fóbica	,90	,82
Ideación Paranoide	,86	,80
Psicoticismo	,84	,77

Nota: Intervalo de 1 semana entre el test y el retest.

Por su parte, la adaptación española llevada a cabo por TEA<sup>435</sup> también mostró ser consistente internamente. Los índices se muestran en la Tabla 11.

<sup>434</sup> DEROGATIS, L. R. "SCL-90-R. Administration, scoring...", ob cit., ns University Press, Ediciones Universidad Católica de Chile.

<sup>435</sup> Ibidem.

**Tabla 11. Fiabilidad de las escalas del SCL-90 con una muestra psiquiátrica española.**

Factores	Mitades equivalentes	Alpha de Cronbach
Somatización	,81	,87
Obsesivo-Compulsivo	,87	,88
Susceptibilidad Interpersonal	,81	,86
Depresión	,87	,89
Ansiedad	,88	,90
Hostilidad	,85	,86
Ansiedad Fóbica	,83	,86
Ideación Paranoide	,81	,81
Psicoticismo	,86	,87

Con los datos de nuestra muestra obtuvimos un “alpha de Cronbach” para el total de la escala de ,90. En resumen, este *check-list* de patología es consistente internamente, estable en el tiempo inter-muestras e inter-contextos.

En cuanto a la validez, Derogatis<sup>436</sup> sometió a prueba la validez convergente en relación con las Escalas de MMPI y MHQ (The Middlesex Hospital Questionnaire), observando que las dimensiones de las escalas eran válidas. Además, la escala fue sometida a una validación de constructo, aplicándose un análisis factorial cuyos resultados evidenciaron una estructura factorial que se ajustaba bien al que había sido hipotetizado. En lo referente a la versión castellana, se encontró una estructura factorial similar a la original<sup>437</sup>. Las pequeñas diferencias observadas se atribuyen a que la población española tomada por TEA estaba compuesta por personas no psiquiátricas.

<sup>436</sup> DEROGATIS, L. R., CLEARY, P. “Factorial invariance across gender for the primary symptom dimensión of the SCL-90”, *British Journal of Social and Clinical Psychology*, Vol. 16, 1977b, págs. 17-26.

<sup>437</sup> DEROGATIS, L. R. *SCL-90-R. Manual*, Tea, Madrid, 2002.

### III. ANÁLISIS Y TRATAMIENTO DE LOS DATOS

Los datos fueron procesados mediante el paquete estadístico IBM SPSS Statistics 19.0 para Windows. El análisis estadístico de los datos se abordó combinando estadística inferencial y descriptiva. Se ha utilizado una estadística descriptiva mediante la que se calcularon las frecuencias y los porcentajes para las variables cualitativas, y las medias, desviaciones estándar, o típicas, valores máximos y mínimos para las mediciones cuantitativas. Se utilizaron pruebas estadísticas inferenciales, para conocer las relaciones estadísticamente significativas entre las variables del estudio.

De la estadística inferencial nos servimos para el cómputo de las prevalencias y tasas mediante el cálculo de probabilidades, cocientes de probabilidades (i.e., Odds Ratio) y comparación de proporciones. Las diferencias entre proporciones se estimaron por medio de la transformación de la diferencia en puntuaciones zeta (prueba Z) tomando como valor experimental la probabilidad observada de la contingencia a estudio en la muestra de estudio y como valor de contraste un valor dado (valor de prueba en estadística) de ,02 para la hipótesis a sospechar (simulación), a la que se aplicó un criterio estricto, que aproximadamente se corresponde con una puntuación T de 70 (2 desviaciones típicas por encima de la medida); y de ,05 para la hipótesis que no se sospechaba (disimulación) a la que se aplicó un criterio laxo. El tamaño del efecto se obtuvo por medio de las Odds Ratio (OR), siendo de 1,44 pequeño, 2,47 mediano y mayor de 4,25 grande. Por su parte, las regiones de normalidad se definieron en función de bilateralidad en las zonas de marginalidad, admitiendo un 5% en cada margen de modo que la normalidad engloba al 90% de la distribución de referencia.

La comparación de medias, estadística descriptiva, se afrontó con la prueba t de Student para una muestra con la d de Cohen para el tamaño del efecto, cuya magnitud es pequeña si es de 0,20, mediana de 0,50 y grande de 0,80.

Finalmente, para la discriminación entre los dos tipos de poblaciones, verdaderos enfermos y casos reales en condiciones de evaluación forense (sospecha de simulación), se acudió a las frecuencias acumuladas de los indicadores de distorsión en las respuestas que permiten diferenciarlas, fijando un criterio de decisión estricto entre ambas poblaciones corrigiendo el error en una única dirección, esto es, controlando el error tipo I o tipo II, según sea el contexto de evaluación.



Para conocer la asociación entre variables hemos utilizado el análisis bivariante. El programa utilizado aplica el test de la Chi-cuadrado ( $\chi^2$ ) de Pearson, probabilidad obtenida y mínimo valor esperado. Se trata de conocer qué variables se relacionan significativamente entre sí. El proceso que hemos seguido para conocer si dos variables se relacionan de forma significativa es el siguiente:

- Observamos que todas las frecuencias esperadas sean mayores que la unidad y que el 20% de todas ellas sean iguales o superiores a 5. Si es así las consideramos como significativas con un estadístico de Pearson que represente una probabilidad igual o inferior a 0,05.
- Puede que en algunas ocasiones no se cumpla la premisa en relación a los valores esperados como consecuencia de una distribución inadecuada de las marcas de clase dentro de la variable. En estas circunstancias, hemos asociado marcas de clase entre sí, siempre que sea posible o hemos eliminado las marcas de clase cuya frecuencia es demasiado pequeña o cuyo contenido no nos interese para los objetivos del estudio. Una vez reestructurada la variable se vuelve a aplicar el análisis bivariante.

Para comprobar si existe correlación significativa se utilizó el procedimiento de correlaciones bivariadas mediante el que se calcula el coeficiente de correlación de Pearson con sus niveles de significación. Las correlaciones establecen cómo están relacionadas las variables o los órdenes de los rangos. El coeficiente de correlación de Pearson es una medida de asociación lineal. Para facilitar su lectura y examen, los diferentes análisis de correlación realizados se representan en el apartado de Anexos de la presente Memoria Doctoral.



# **CAPÍTULO XI**

## **RESULTADOS**



Antes de exponer los resultados obtenidos y para facilitar su descripción, análisis e interpretación, presentamos en la siguiente tabla la descripción, código y marcas de clase de cada una de las variables estudiadas.

## I. DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES.

<b>Código de la variable</b>	<b>Descripción</b>	<b>Códigos o unidad de medida</b>
Sexo	Sexo del encuestado	1.Mujer; 2.Varón.
Edad	Edad en el momento del estudio	Años
Edadcomis	Edad en el momento de cometer el delito	Años
Edadcumpl	Edad en el momento del cumplimiento de la medida de seguridad.	Años
Ecivil	Estado Civil	1. Soltero; 2. Casado; 3. Pareja de hecho/ convive; 4. Separado o divorciado; 5. Viudo.
Vincfam	Vinculación familiar	1. Si; 2. No.
Hijos	Nº de hijos	
Nacido	Lugar de nacimiento	
Residencia	Lugar de residencia en el momento del hecho delictivo por el que cumple	
Estudios	Nivel de estudios	1.Analfabeto 2.Primarios 3.Bachillerato 4.Universitarios
Incapacti	Incapacitación civil	1. Si; 2. No.
Tutor	Tutor	0. No tiene 1. Familiar 2.Comunidad.

CI	Coeficiente Intelectual	1. Bajo 2. Medio bajo 3. Medio 4. Medio alto.
Autólisis	Intentos suicidas previos	1. Sí; 2. No.
Situaceconom	Situación económica	0. No percibe nada; 1. Baja (lo que le dan en centro por trabajos); 2. Media (paga por discapacidad); 3. Alta.
Dxsentencia	Diagnóstico psiquiátrico que se recoge en la sentencia	Códigos del DSM 5 Códigos de CIE 10.
Dxpsiqu	Diagnóstico psiquiátrico que se recoge en el historial obrante en el hospital psiquiátrico penitenciario	Códigos del DSM.
Conciencia	Si tiene conciencia de enfermedad	1. Sí; 2. No.
Antecpsiq	Antecedentes psiquiátricos previos	1. Sí; 2. No.
Antcfam	Antecedentes psiquiátricos por parte de los familiares	1. Sí; 2. No.
Psicivil	Si ha tenido ingresos en psiquiátricos civiles	1. Sí; 2. No.
Nºingresos	Número de de ingresos en psiquiátricos civiles	

Enfsomat	Enfermedades somáticas	Códigos de CIE 10.
Consumo	Sustancia consumida	
Policonsumo	Patrones de policonsumo (más de 4 sustancias consumidas)	1. Sí; 2. No.
Ingresoag	Si ha tenido ingresos en la unidad de agudos del hospital psiquiátrico penitenciario	1. Sí; 2. No.
Procedencia	Si procede de libertad o de otro centro penitenciario	1. Sí; 2. No.
Ingrprevios	Si ha tenido ingresos anteriores en un hospital psiquiátrico penitenciario	1. Sí; 2. No.
Internado judicial	Situación penal	1. art. 20.1 CP 2. art. 20.2 CP 3. art. 20.3 CP 4. art. 60 CP 5. art. 104 CP 6. art. 21.1 CP 7. art. 21.2 CP 8. art. 21.3 CP
Duracmedida	Duración de la medida de seguridad impuesta	Número de meses.
Multicondena	Si tiene más de una condena	1. Sí; 2. No.
Alejamamiento	Si tiene orden de alejamiento	1. Sí; 2. No.

Tipodelito	Tipo de delito cometido (delito más relevante)	Art. del C.P.
Delitoagrup	Delitos agrupados	
Antecedelito	Antecedentes delictivos	1. Sí; 2. No
Centrocumpl	Centros penitenciarios ordinarios en los que ha estado	
Duracingreso	Duración del ingreso en centros ordinarios de cumplimiento	Tiempo en meses
Durachospsiqu	Tiempo internado en otro hospital psiquiátrico penitenciario	Tiempo en meses
Salidasterap	Si realiza salidas terapéuticas	1. Sí; 2. No.
Permisosfa	Si tiene permisos con la familia	1. Sí; 2. No.
Edadprdelito	Edad en la que cometió el primer delito	
Edadprision	Edad de la primera vez que entró en prisión	
INT	Test MMPI-2. Interrogante	Valor de corrección.
L	Test MMPI-2. Mentira	Valor de corrección.
F	Test MMPI-2. Incoherencia	Valor de corrección.
K	Test MMPI-2. Corrección	Valor de corrección.
HS	Test MMPI-2. Hipocondría	Valor de corrección.
D	Test MMPI-2. Depresión	Valor de corrección.
HY	Test MMPI-2. Histeria de conversión	Valor de corrección.
PD	Test MMPI-2. Desviación psicopática	Valor de corrección.
PA	Test MMPI-2. Paranoia	Valor de corrección.



PT	Test MMPI-2. Psicastenia	Valor de corrección.
SC	Test MMPI-2. Esquizofrenia	Valor de corrección.
MA	Test MMPI-2. Hipomanía	Valor de corrección.
SI	Test MMPI-2. Introversión social	Valor de corrección.
FB	Test MMPI-2. F posterior	Valor de corrección.
TRIN	Test MMPI-2. Inconsistencia de las respuestas verdadero	Valor de corrección.
VRIN	Test MMPI-2. Inconsistencia de respuestas variables	Valor de corrección.
SOM	Test SCL-90. Somatización	Valor de corrección.
OBSS	Test SCL-90. Obsesivo-Compulsivo	Valor de corrección.
INT	Test SCL-90. Sensibilidad Interpersonal	Valor de corrección.
DEP	Test SCL-90. Depresión	Valor de corrección.
ANS	Test SCL-90. Ansiedad	Valor de corrección.
HOST	Test SCL-90. Hostilidad	Valor de corrección.
FOB	Test SCL-90. Ansiedad fóbica	Valor de corrección.
PAR	Test SCL-90. Ideación Paranoide	Valor de corrección.
PSI	Test SCL-90. Psicoticismo	Valor de corrección.
GSI	Test SCL-90. Índice de Severidad Global	Valor de corrección.
PSDI	Test SCL-90. Malestar referido a síntomas positivos	Valor de corrección.
PST	Test SCL-90. Total de síntomas positivos	Valor de corrección.

Somos conscientes de la complejidad que supone el análisis pormenorizado, debido al elevado número de tablas y figuras, que puede ir en detrimento de un fácil seguimiento de los resultados obtenidos. No obstante, vamos a intentar una sistematización en la exposición de los resultados obtenidos que facilite la lectura de los mismos. Por otra parte, intentamos huir de un análisis excesivamente prolijo que pueda desbordar los objetivos inicialmente propuestos en la presente Memoria Doctoral.

## II. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS RESULTADOS.

Comenzamos presentando los resultados descriptivos de la muestra estudiada, mediante el análisis de las frecuencias absolutas y las frecuencias relativas o porcentajes y el cálculo de los estadísticos descriptivos en aquellas variables cuantitativas.

### II.1. Variables psiquiátricas

El 46,1% de los sujetos presentan un cociente intelectual bajo o medio-bajo y sólo el 12,8% fue calificado como alto o medio-alto (Tabla 12).

**Tabla 12. Coeficiente intelectual (agrupado)**

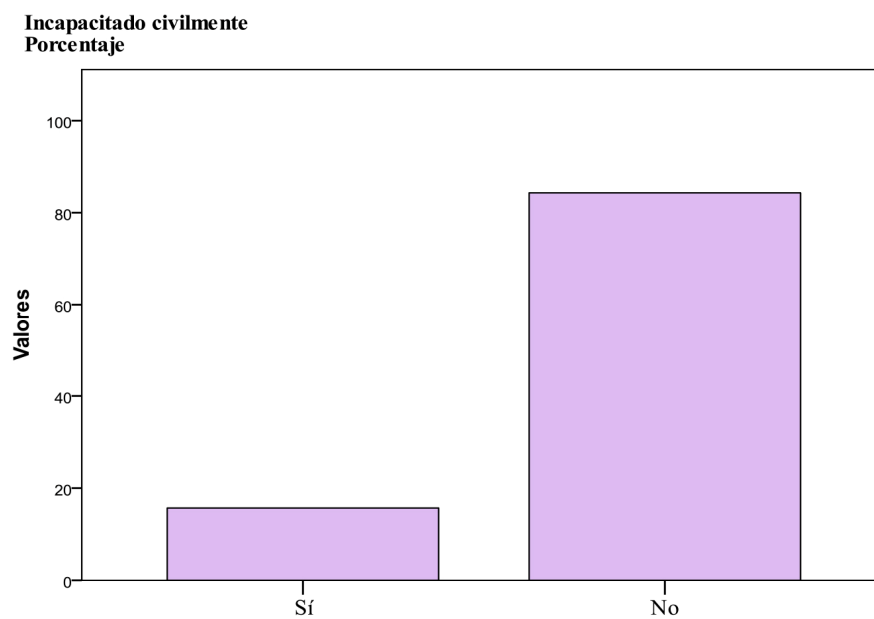
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Bajo	17	16,7	16,7	16,7
	Medio-bajo	30	29,4	29,4	46,1
	Medio	42	41,2	41,2	87,3
	Medio-alto	12	11,8	11,8	99,0
	Alto	1	1,0	1,0	100,0
	Total	102	100,0	100,0	

El 15,7% de los individuos (16 casos) se encuentran incapacitados civilmente (Tabla 13, Figura 3), en ocho de estos casos el tutor es un familiar y en los otros ocho es la Comunidad Autónoma (Tabla 14, Figura 4).

**Tabla 13. ¿Está incapacitado?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	16	15,7	15,7	15,7
	No	86	84,3	84,3	100,0
	Total	102	100,0	100,0	

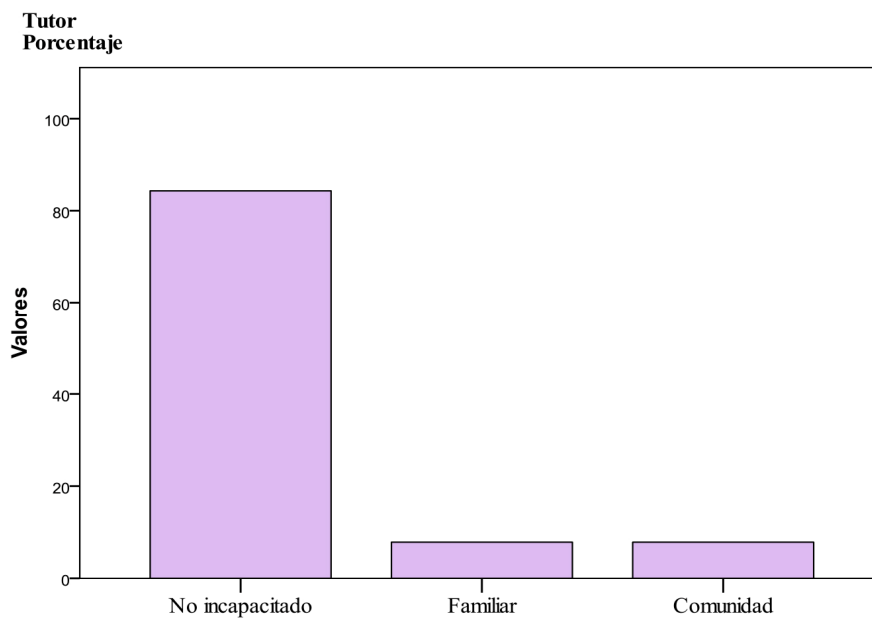
**Figura 3**



**Tabla 14. ¿Tiene tutor?**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos No incapacitado	86	84,3	84,3	84,3
Familiar	8	7,8	7,8	92,2
Comunidad	8	7,8	7,8	100,0
Total	102	100,0	100,0	

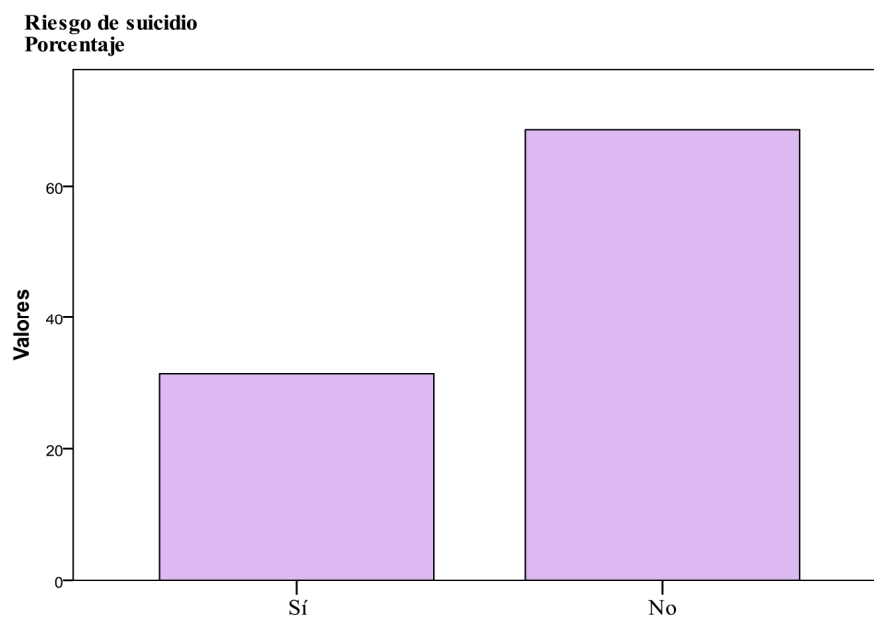
**Figura 4.**



El 31,4% de los sujetos han estado bajo riesgo de suicidio, como consecuencia de la patología que padece o de circunstancias predisponentes y/o precipitantes (Tabla 15, Figura 5); el 4,9% de los sujetos han desarrollado algún intento autolítico (Tabla 16, Figura 6).

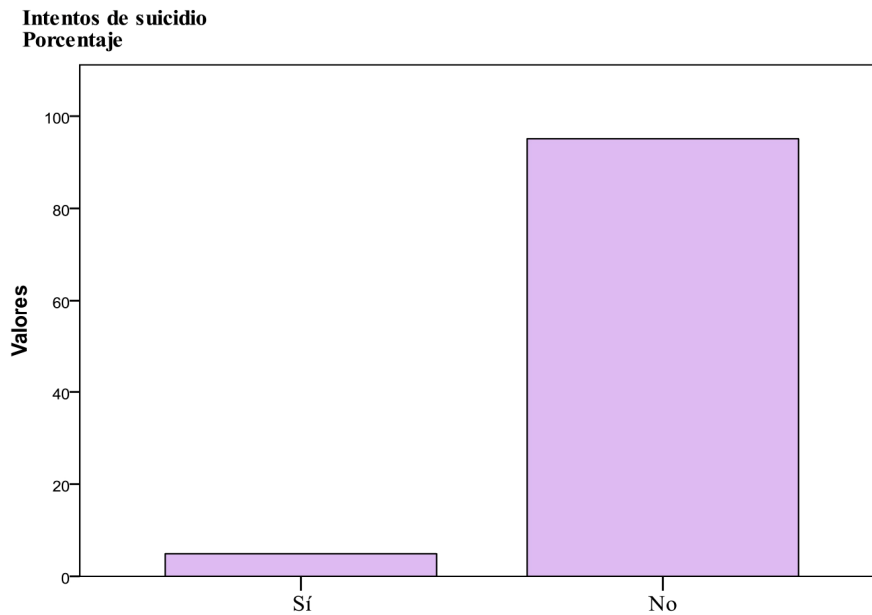
**Tabla 15. Riesgo de suicidio**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	32	31,4	31,4	31,4
	No	70	68,6	68,6	100,0
	Total	102	100,0	100,0	

**Figura 5****Tabla 16. ¿Intentos suicidas?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	5	4,9	4,9	4,9
	No	97	95,1	95,1	100,0
	Total	102	100,0	100,0	

**Figura 6**

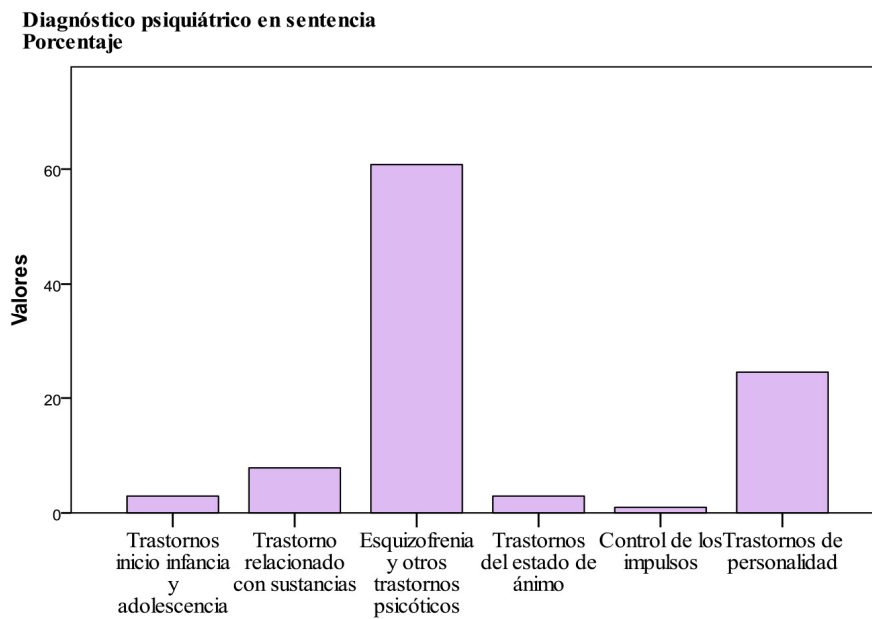


En relación a la patología psiquiátrica que se recoge en la sentencia judicial dictada, en el 59,8% de los casos el diagnóstico es de esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, en el 26,5% es un trastorno de la personalidad y en el 7,8% trastornos relacionados con sustancias (Tabla 17, Figura 7). Tras el examen realizado durante el ingreso en el Centro Penitenciario y permanencia en la institución, el diagnóstico predominante que se recoge en la historia clínica es la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (51,0%), en el 24,5% trastorno de la personalidad y en el 16,7% trastornos relacionados con sustancias (Tabla 18, Figura 9). En el Figura 9 se muestra la diferencia entre el diagnóstico en sentencia y el hospitalario.

**Tabla 17. Diagnóstico psiquiátrico recogido en la sentencia**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Trastornos inicio infancia y adolescencia	2	2,0	2,0	2,0
	Trastornos relacionados sustancias	8	7,8	7,8	9,8
	Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	61	59,8	59,8	69,6
	Trastornos estado de ánimo	3	2,9	2,9	72,5
	Control de los impulsos	1	1,0	1,0	73,5
	Trastornos de personalidad	27	26,5	26,5	100,0
Total		102	100,0	100,0	

**Figura 7**



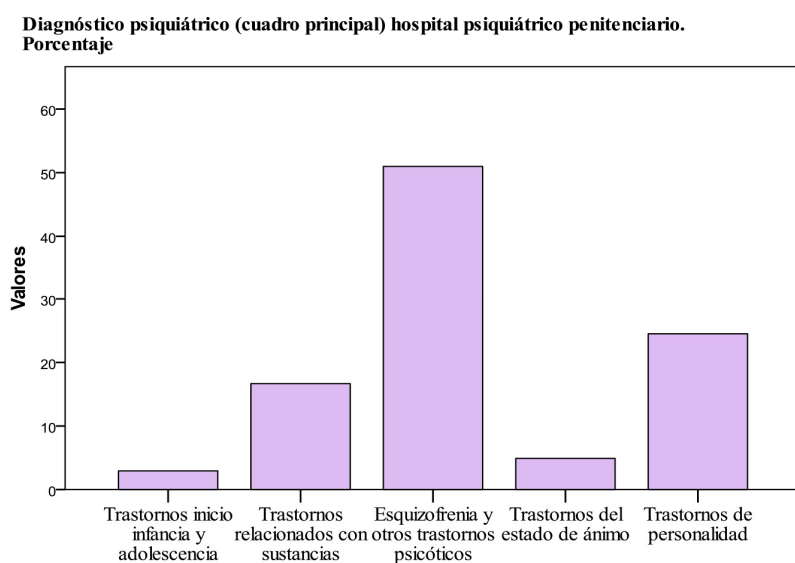
**Tabla 18. Diagnóstico psiquiátrico principal tras examen en el Hospital Psiquiátrico Penitencio de Alicante**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Trastornos inicio infancia y adolescencia	3	2,9	2,9	2,9
Trastornos relacionados sustancias	17	16,7	16,7	19,6
Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	52	51,0	51,0	70,6
Trastornos estado de ánimo	5	4,9	4,9	75,5
Trastornos de personalidad	25	24,5	24,5	100,0

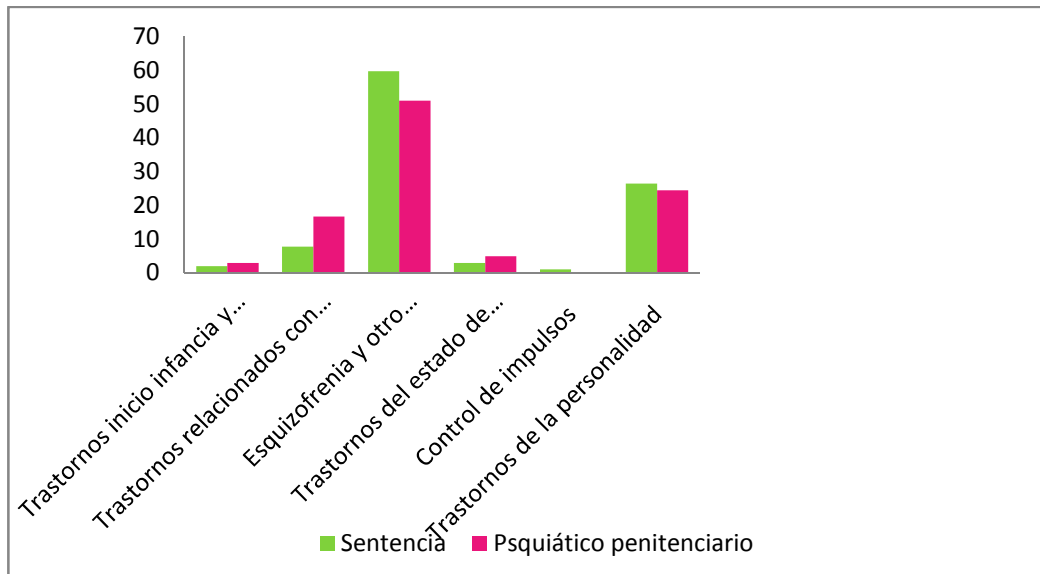


**Tabla 18. Diagnóstico psiquiátrico principal tras examen en el Hospital Psiquiátrico Penitencio de Alicante**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Trastornos inicio infancia y adolescencia	3	2,9	2,9	2,9
Trastornos relacionados sustancias	17	16,7	16,7	19,6
Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	52	51,0	51,0	70,6
Trastornos estado de ánimo	5	4,9	4,9	75,5
Trastornos de personalidad	25	24,5	24,5	100,0
<b>Total</b>	<b>102</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

**Figura 8**

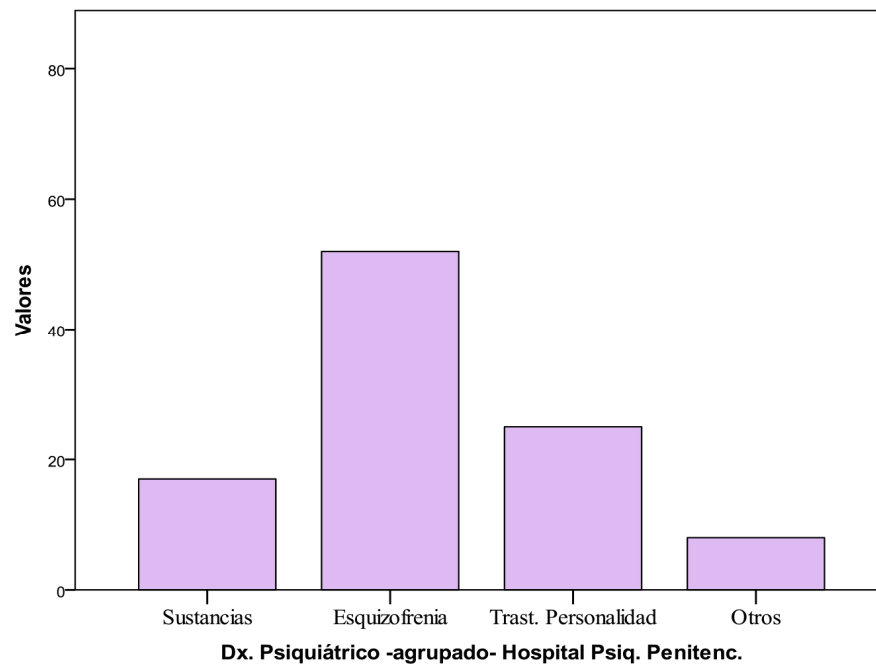
**Figura 9**



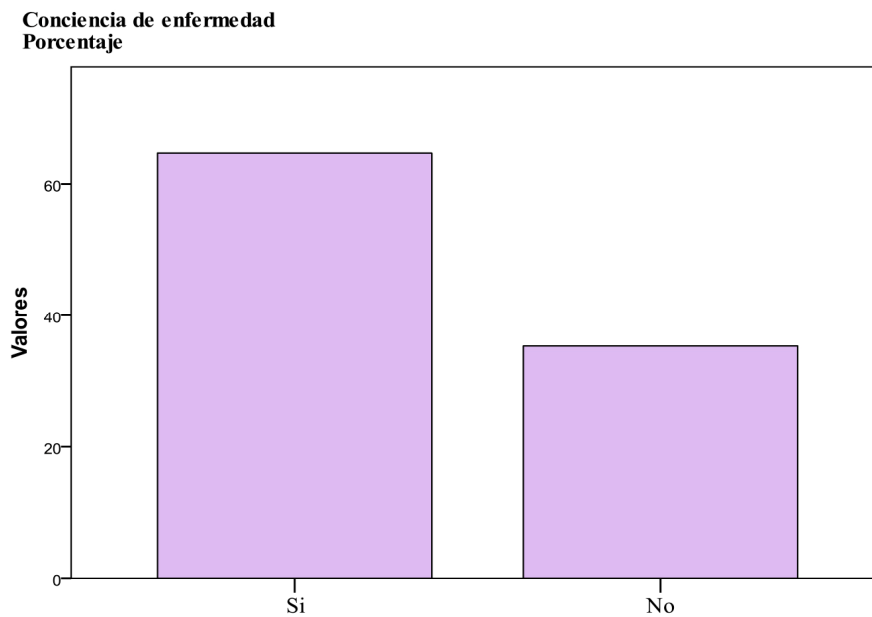
Para el tratamiento estadístico, en función del número de casos que contempla cada ítem, hemos reagrupado la variable “diagnóstico psiquiátrico” (variable *agrupac. dx psiq*) resultando los grupos que se expresan en la Tabla 19 y Figura 10.

**Tabla 19. Diagnóstico psiquiátrico principal tras examen en el Hospital Psiquiátrico Penitencio de Alicante (agrupado)**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Trastornos relacionados sustancias	17	16,7	16,7	16,7
Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	52	51,0	51,0	67,6
Trastornos de personalidad	25	24,5	24,5	92,2
Otros	8	7,8	7,8	100,0
Total	102	100,0	100,0	

**Figura 10****Tabla 20. Conciencia de enfermedad**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	66	64,7	64,7	64,7
	No	36	35,3	35,3	100,0
	Total	102	100,0	100,0	

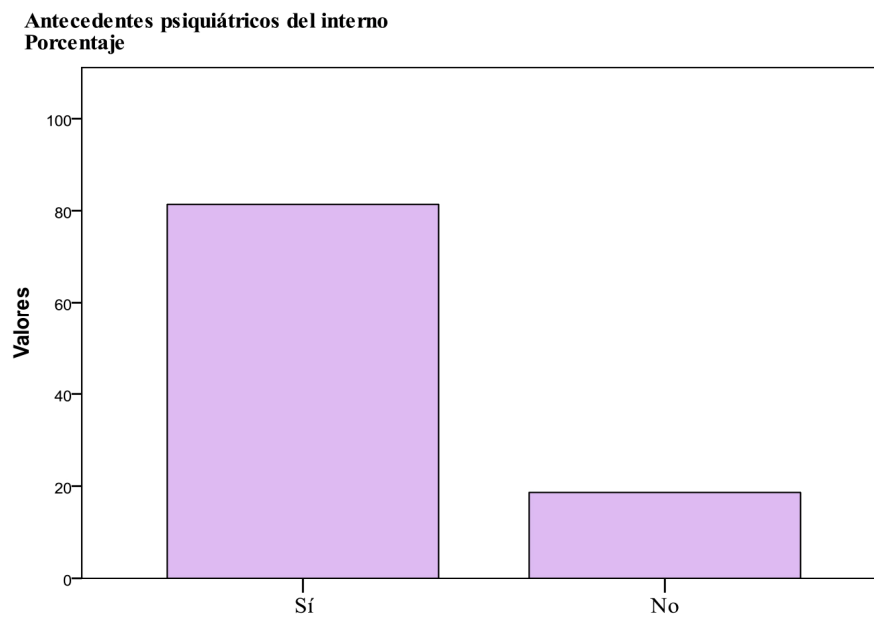
**Figura 11**

Según se observa en la Tabla 20 y en la Figura 11, anteriormente mostrados, el 64,7% de los sujetos tiene conciencia de enfermedad.

En relación al historial psiquiátrico el 81,4% tienen antecedentes previos (Tabla 21, Figura 12). El 58,8% han sido ingresados con anterioridad en un hospital psiquiátrico (Tabla 22, Figura 13) siendo el número medio de ingresos en la muestra total de  $2,50 \pm 0,25$  (Tabla 23). En el grupo de sujetos que han tenido ingresos previos ( $N=60$ ) el número medio de ingresos asciende a  $4,25 \pm 0,24$  (Tabla 24, Figura 14). En el 30,4% de los casos los familiares del interno tienen antecedentes psiquiátricos (Tabla 25, Figura 5).

**Tabla 21. Antecedentes psiquiátricos del interno**

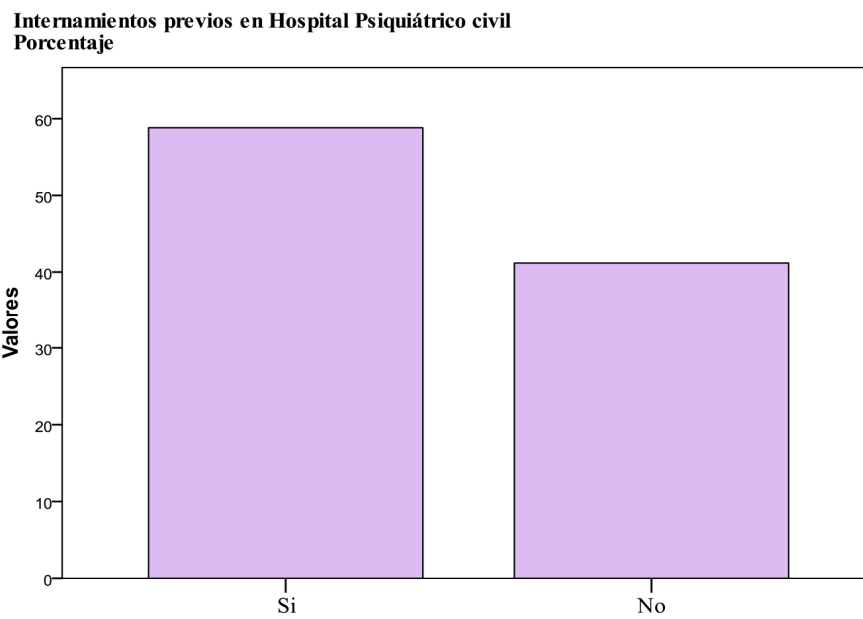
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	83	81,4	81,4	81,4
	No	19	18,6	18,6	100,0
	Total	102	100,0	100,0	

**Figura 12**

**Tabla 22. ¿Ingresos previos en un hospital psiquiátrico civil?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	60	58,8	58,8	58,8
	No	42	41,2	41,2	100,0
	Total	102	100,0	100,0	

**Figura 13**

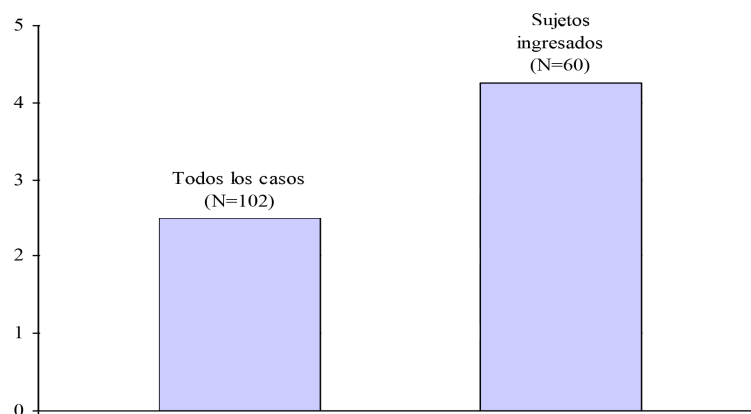


**Tabla 23. Estadísticos descriptivos**

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típica
	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Error típico
Nº de ingresos en psiquiátricos civiles	102	0	10	2,50	,25
N válido (según lista)	102				2,55

**Tabla 24. Estadísticos descriptivos**

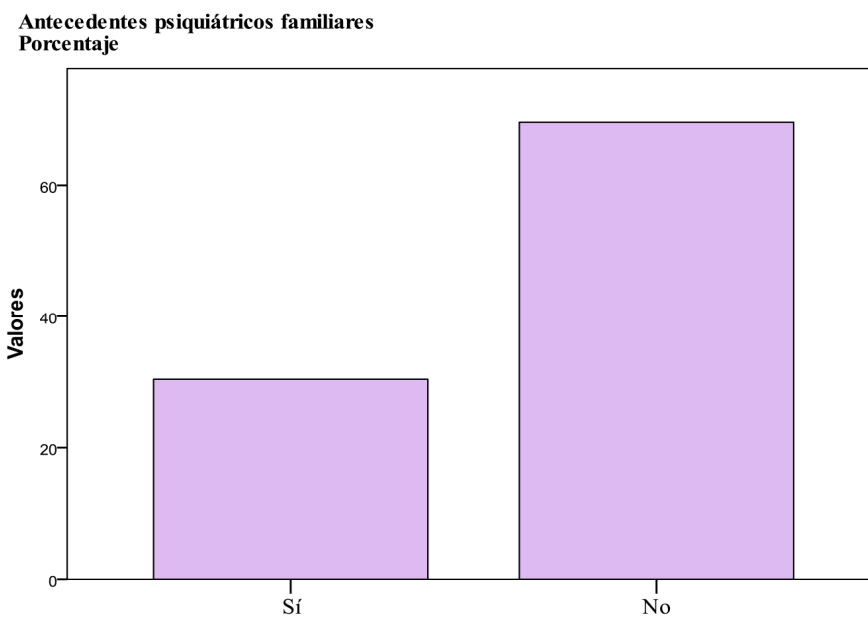
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Error típico
Nº de ingresos en psiquiátricos civiles	60	1	10	4,25	,24
N válido (según lista)	60				1,91

**Figura 14**

**Tabla 25. Antecedentes psiquiátricos familiares**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	31	30,4	30,4	30,4
	No	71	69,6	69,6	100,0
	Total	102	100,0	100,0	

**Figura 15**



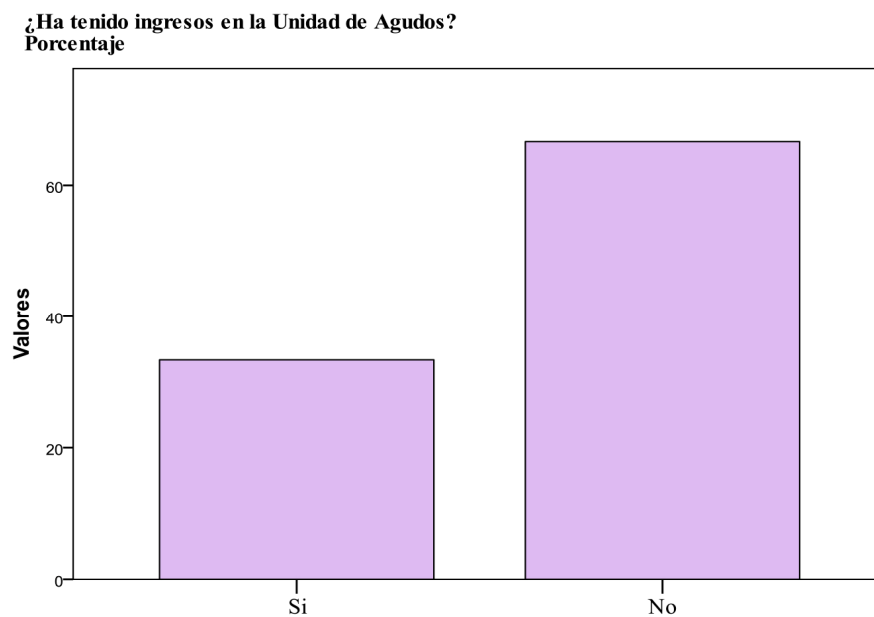
En algún momento de su internamiento 34 individuos (33,3%) han tenido que ser ingresados en la unidad de agudos del Hospital psiquiátrico penitenciario, como consecuencia del agravamiento de su patología, la existencia de un brote, la necesidad de aislamiento o motivo disciplinario o regimental. (Tabla 26, Figura 16).



**Tabla 26. Ingresos en la unidad de agudos en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	34	33,3	33,3	33,3
	No	68	66,7	66,7	100,0
	Total	102	100,0	100,0	

**Figura 16**

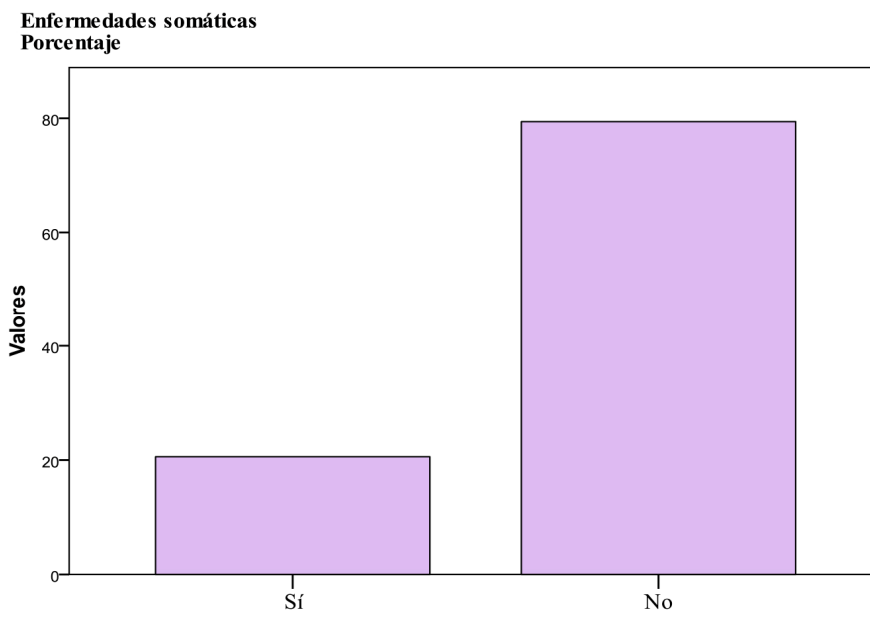


El 20,65 de los sujetos padecen algún tipo de enfermedad somática (Tabla 27, Figura 17). Predominan las de etiología infecciosa (13,7%) y las de origen nutricional y metabólico (13,7%), (Tabla 28, Figura 18).

**Tabla 27. ¿Enfermedades somáticas?**

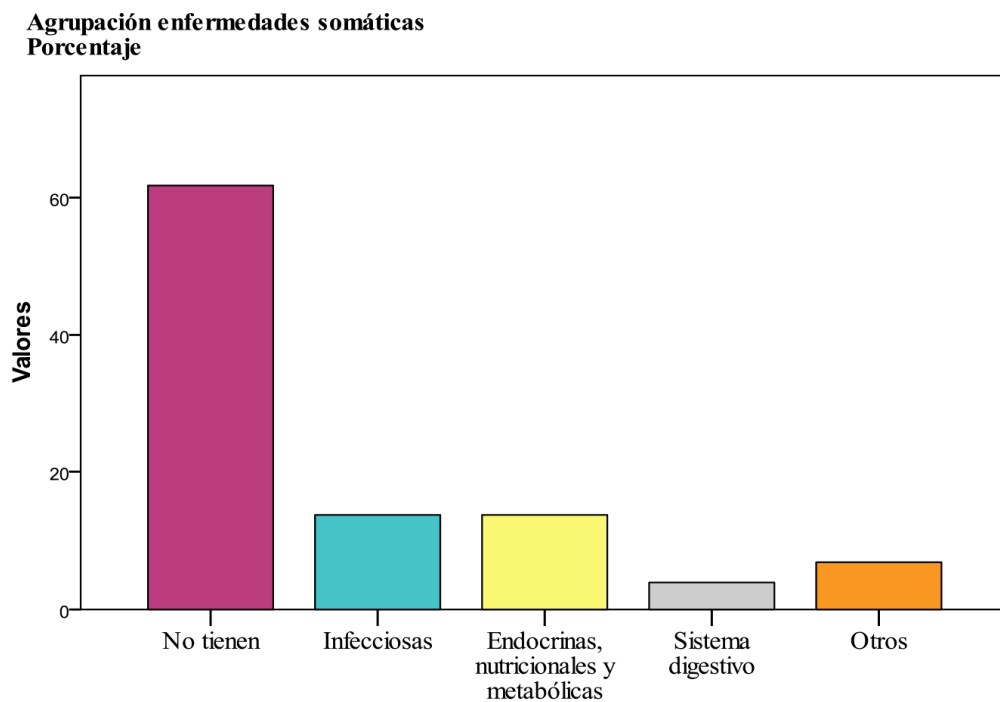
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	21	20,6	20,6	20,6
	No	81	79,4	79,4	100,0
	Total	102	100,0	100,0	

**Figura 17**



**Tabla 28. Agrupación enfermedades somáticas**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No tienen	63	61,8	61,8	61,8
	Infeciosas	14	13,7	13,7	75,5
	Endocrinas, nutricionales y metabólicas	14	13,7	13,7	89,2
	Sistema digestivo	4	3,9	3,9	93,1
	Otros	7	6,9	6,9	100,0
	Total	102	100,0	100,0	

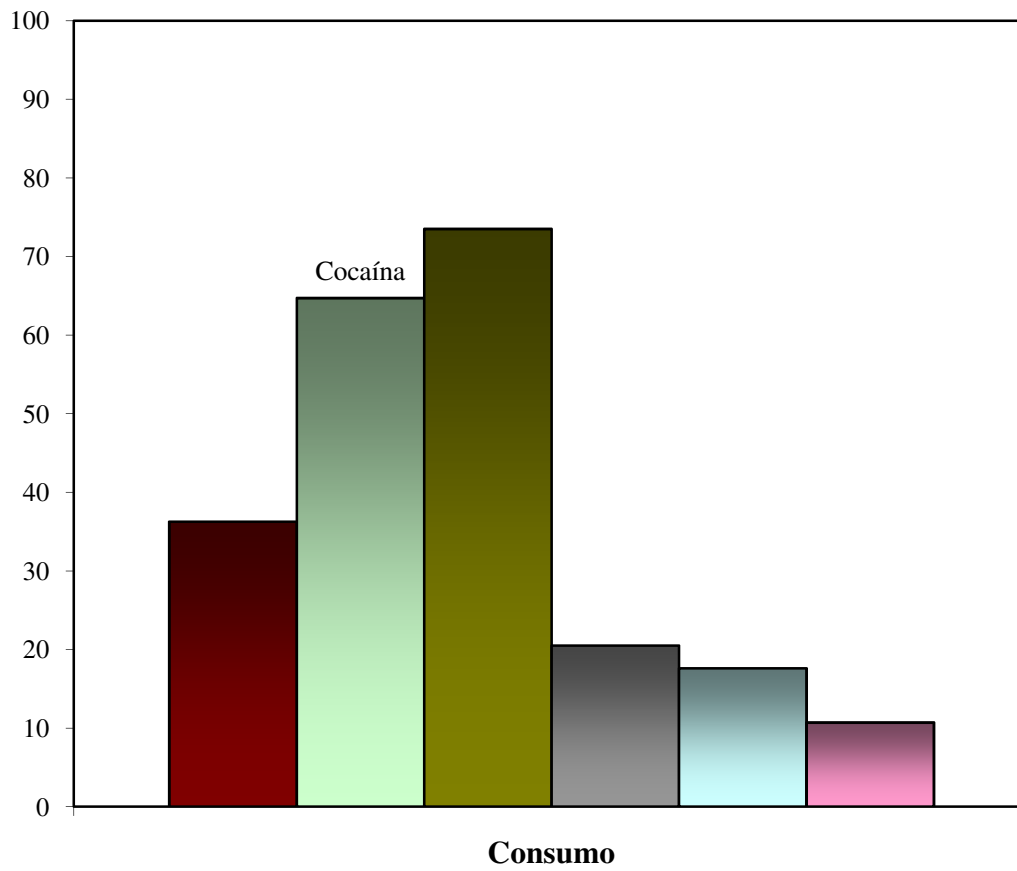
**Figura 18**

El 17,6% de los individuos no consume ningún tipo de sustancias. El 27,5% de los sujetos son policonsumidores, entendiendo como tales aquellos que consumían más de cuatro sustancias tóxicas. La sustancia más consumida sólo o combinada a otros tóxicos es el cannabis o sus derivados (73,5%), seguida de la cocaína (73,5%), del alcohol (36,27%) y la heroína (20,5%). El patrón de sustancias más consumido es cocaína y hashish (9,8%) (Tablas 29 y 30) y Figuras 19 y 20).

**Tabla 29. Consumo de sustancias tóxicas**

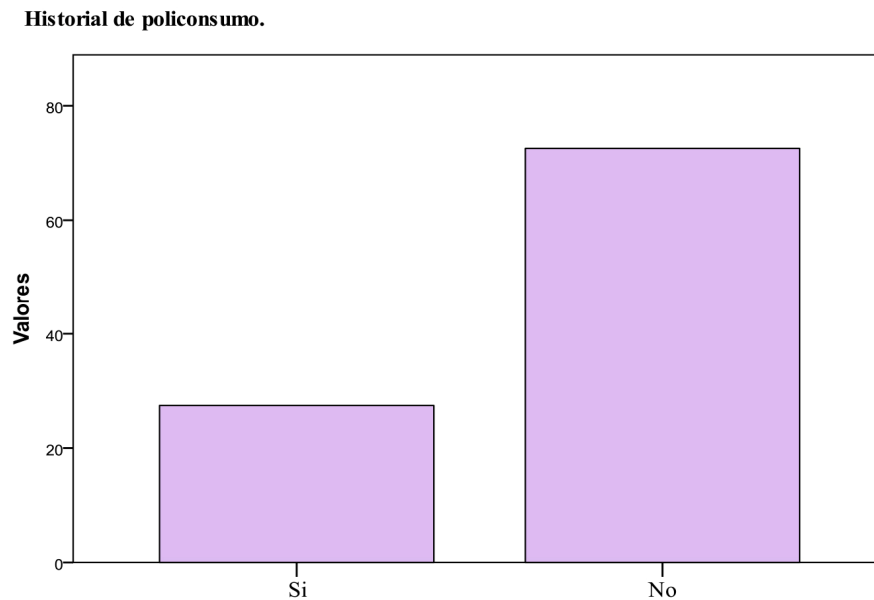
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No consume	18	17,6	17,6	17,6
	Alcohol	9	8,8	8,8	26,5
	Cocaína	5	4,9	7,1	31,4
	Alcohol+cocaína	1	1,0	1,4	32,4
	Alcohol+psicofármacos	1	1,0	1,4	33,3
	Alcohol+cannabis	2	2,0	2,9	35,3
	Alcohol+haschish	1	1,0	1,4	36,3
	Cocaína+heroína	1	1,0	1,4	37,3
	Cocaína+anfetaminas	1	1,0	1,4	38,2
	Cocaína+cannabis	2	2,0	2,9	40,2
	Cocaína+haschish	10	9,8	14,3	50,0
	Cannabis+haschish	1	1,0	1,4	51,0
	Alcohol+cocaína+cannabis	2	2,0	2,9	52,9
	Alcohol+heroína+cannabis	1	1,0	1,4	53,9
	Alcohol+psicofármacos+haschish	1	1,0	1,4	54,9
	Cocaína+psicofármacos+cannabis	3	2,9	4,3	57,8
	Cocaína+LSD+haschish	4	3,9	5,7	61,8
	Cocaína+cannabis+heroína	1	1,0	1,4	62,7
	Cocaína+cannabis+haschish	3	2,9	4,3	65,7
	Cocaína+haschish+alcohol	2	2,0	2,9	67,6
	Cocaína+haschish+alcohol	4	3,9	5,7	71,6
	LSD+cannabis+haschish	1	1,0	1,4	72,6
	Policonsumo (+ de 4 sustancias)	28	27,5	27,5	100,0
Total		102	100,0		

**Figura 19**



**Tabla 30. Consumo de más de 4 sustancias tóxicas**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Sí	28	27,5	27,5	27,5
No	74	72,5	72,5	100,0
Total	102	100,0	100,0	

**Figura 20**

## II.1. Variables delictivas

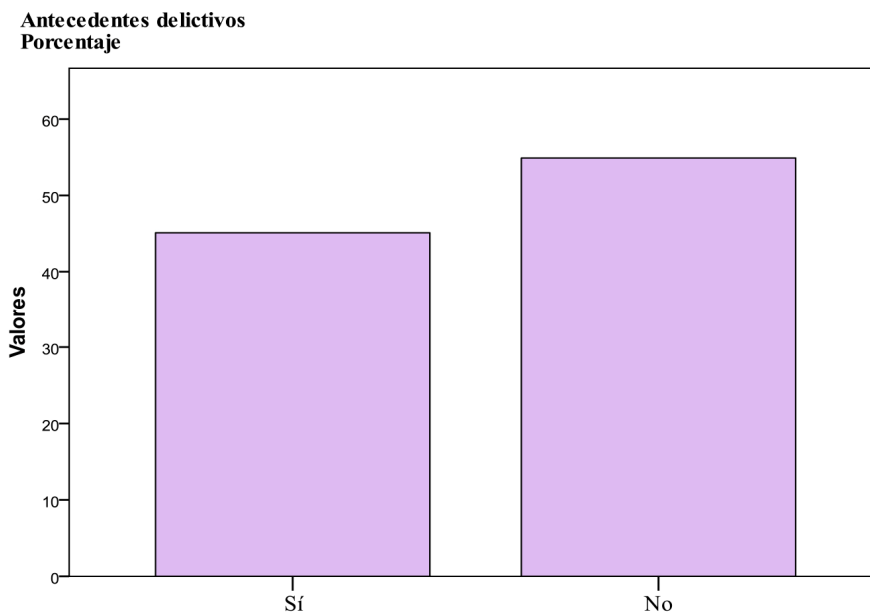
El 45,1% de los individuos tienen antecedentes delictivos (Tabla 31, Figura 21). La edad media de comisión del primer delito es de 32,70 años (Tabla 32). Cincuenta y ocho sujetos (56,8%) han tenido ingresos previos en otros centros penitenciarios, con un media de permanencia de  $28,06 \pm 3,02$  meses. El 56,9% de los sujetos proceden de otro centro penitenciario (Tabla 33, Figura 22). Los centros de cumplimiento donde mayor número de internos han estado son Soto del Real (15,7%) y Picassent (14,7%) (Tabla 34).

El 13,7% de los sujetos (N=14) han tenido ingresos previos en algún Hospital psiquiátrico penitenciario de los existentes en España, con una duración media de permanencia de  $29,57 \pm 7,01$  meses (Tabla 38, Figura 23). El 7,8% (8 sujetos) ha tenido ingresos previos en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante (Tabla 39, Figura 24).

**Tabla 31. Antecedentes delictivos**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	46	45,1	45,1	45,1
	No	56	54,9	54,9	100,0
	Total	102	100,0	100,0	

**Figura 21**



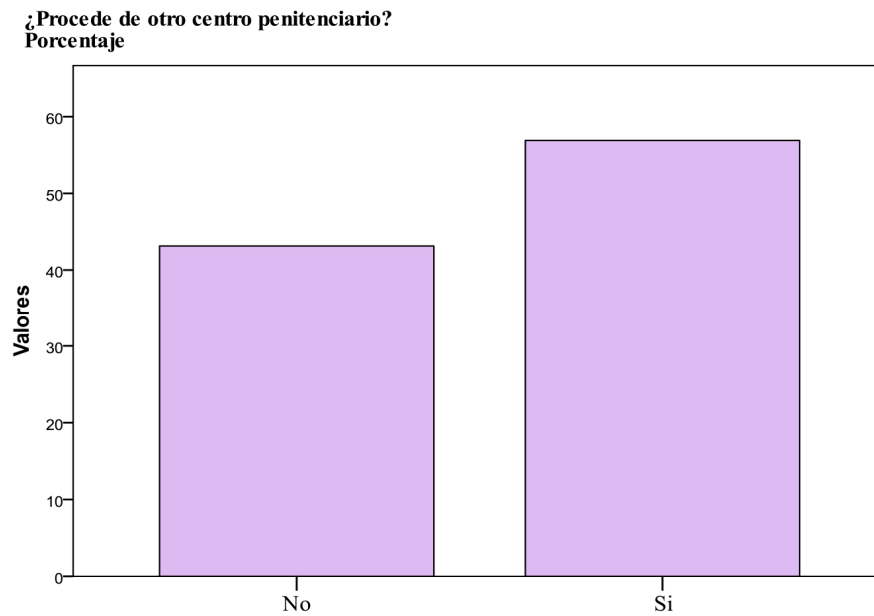
**Tabla 32. Edad comisión primer delito**

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típica
					Error
	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	típico Estadístico
Edad comisión primer delito	102	19	73	32,70	,988 9,885



**Tabla 33. Procede de otro centro penitenciario**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	58	56,9	56,9	56,9
	No	44	43,1	43,1	45,1
	Total	102	100,0	100,0	

**Figura 22**

**Tabla 34. Centros de cumplimiento donde ha estado**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ninguno	29	28,4	28,4	28,4
	Picassent	15	14,7	14,7	43,1
	Soto del Real	16	15,7	15,7	58,8
	Murcia	6	5,9	5,9	64,7
	Zaragoza	3	2,9	2,9	67,6
	Alicante	4	3,9	3,9	71,6
	Varios	5	4,9	4,9	76,5
	Castellón	1	1,0	1,0	77,5
	Lanzarote	1	1,0	1,0	78,4
	A Coruña	1	1,0	1,0	79,4
	Las Palmas	5	4,9	4,9	84,3
	Almería	1	1,0	1,0	85,3
	San Sebastián	1	1,0	1,0	86,3
	Teixeiro	2	2,0	2,0	88,2
	Villena	2	2,0	2,0	90,2
	Ávila	1	1,0	1,0	91,2
	Málaga	2	2,0	2,0	93,1
	Villabona	2	2,0	2,0	95,1
	Logroño	1	1,0	1,0	96,1
	Salamanca	2	2,0	2,0	98,0
	Palma de Mallorca	1	1,0	1,0	99,0
	Pontevedra	1	1,0	1,0	100,0
	Total	102	100,0	100,0	

**Tabla 35. Estadísticos descriptivos**

		N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típica	
		Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Error típico	Estadístico
Duración de ingreso en centros ordinarios		102	,00	144,00	15,96	2,20	22,22
N válido (según lista)		102					

**Tabla 36. Estadísticos descriptivos**

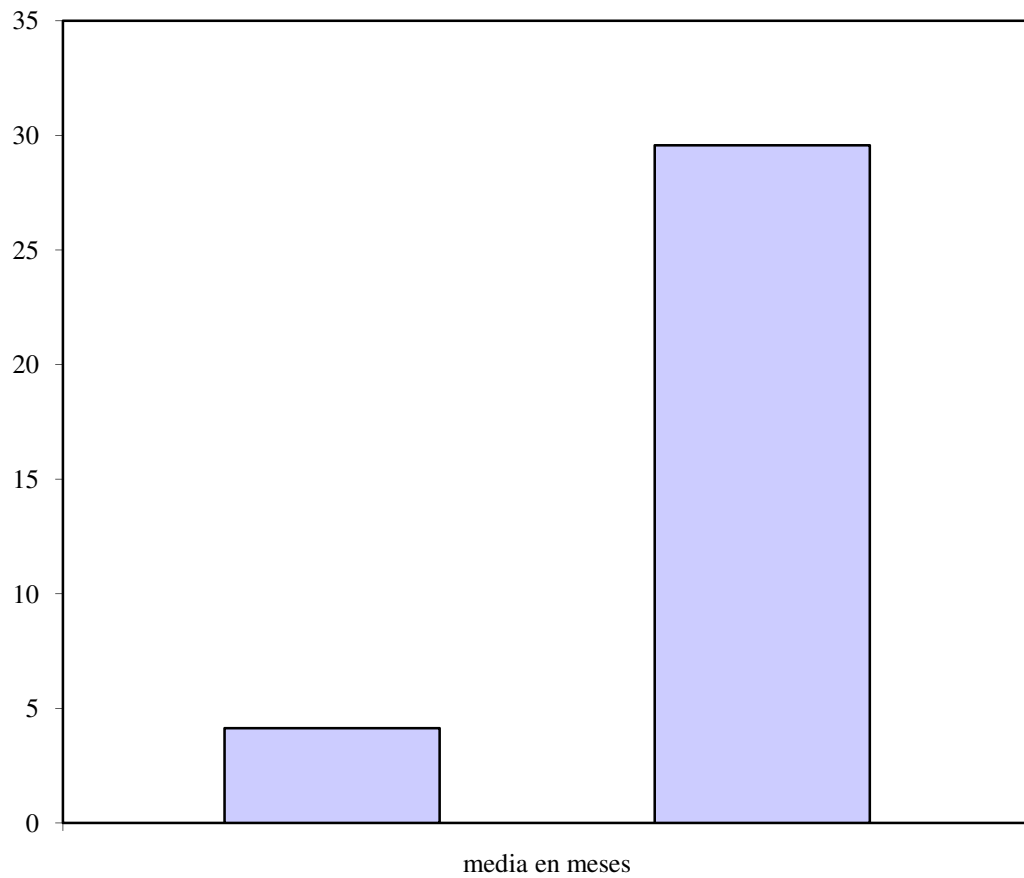
		N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Típica	
		Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Error típico	Estadístico
Duración de ingreso en centros ordinarios		58	12,00	144,00	28,06	3,02	23,00
N válido (según lista)		58					

**Tabla 37. Estadísticos descriptivos**

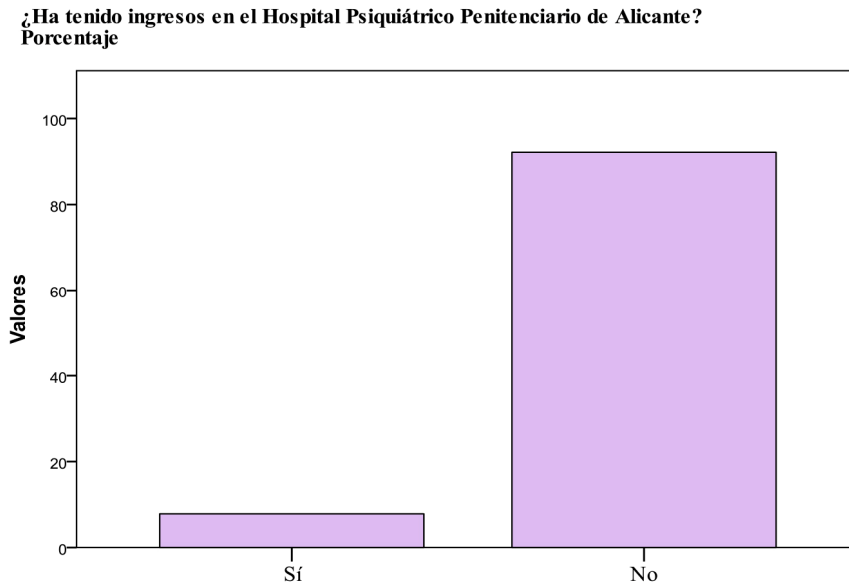
	N	Mínimo	Máximo	Media		Desv. típica
	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Error típico	Estadístico
Duración en Hospitales Psiq. Penitenc.	102	,00	108,00	4,14	1,40	14,03
N válido (según lista)	102					

**Tabla 38. Estadísticos descriptivos**

	N	Mínimo	Máximo	Media		Desv. típica
	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Error típico	Estadístico
Duración en Hospitales Psiq. Penitenc.	14	12,00	108,00	29,57	7,01	26,25
N válido (según lista)	14					

**Figura 23****Tabla 39. Ingresos previos en el Hospital Psiquiátrico penitenciario de Alicante**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Sí	8	7,8	7,8	7,8
No	94	92,2	92,2	100,0
Total	102	100,0	100,0	

**Figura 24**

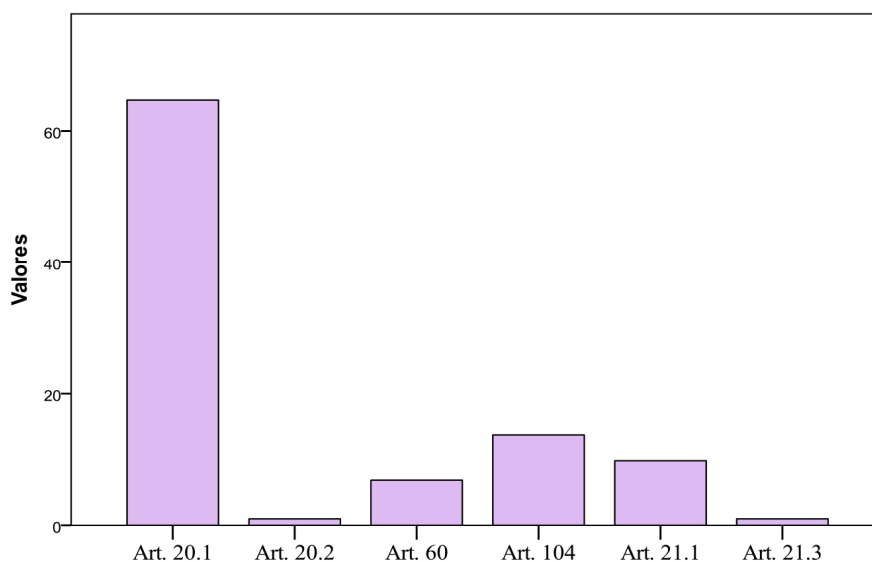
En el ámbito de la aplicación de medidas de seguridad, al 64,7% de los sujetos se les ha aplicado el artículo 20.1 del Código Penal (eximente completa por anomalía o alteración psíquica), al 10,8% de los sujetos una eximente incompleta (artículos 21.1 y 21.3), al 13,7% el artículo 104 del Código Penal (que se aplica en los supuestos de eximente incompleta - artículos 20.1, 20.2 y 20.3- a quienes se impone, además de la pena, medidas de internamiento para tratamiento en un establecimiento adecuado) y al 6,9% (8 individuos) el artículo 60 del Código Penal que se aplica a aquellos penados que tras sentencia firme se le aprecia un trastorno mental grave que le impide conocer el sentido de la pena (Tabla 40, Figura 25).

**Tabla 40. Situación penal (eximente, atenuante o medida de seguridad aplicada)**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Eximente completa por anomalía o alteración psíquica (art. 20.1 C.P.)	66	64,7	64,7	64,7
	Eximente completa por intoxicación plena de sustancias (art. 20.2 C.P.)	1	1,0	1,0	64,7
	Eximente incompleta cuando no concurren todos los requisitos de la eximente completa (art. 21.1 C.P.)	11	9,8	9,8	95,1
	Eximente incompleta por causas de arrebató, obcecación u otro estado pasional (art. 21.3 C.P.)	1	1,0	1,0	96,1
	Suspensión de la pena por no conocer el sentido de esta e imposición de medida de seguridad (art. 60 C.P.)	8	6,9	6,9	71,6
	Aplicación del art. 104 C.P.	15	13,7	13,7	85,3
	Total	102	100,0	100,0	

**Figura 25**

**Situación penal (eximente, atenuante o medida de seguridad aplicada). Porcentaje**



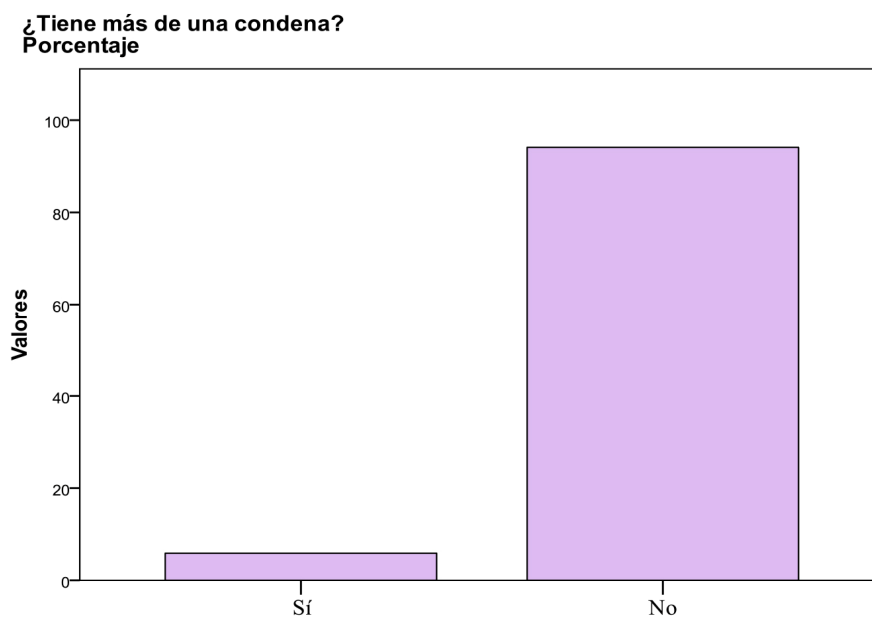
En 6 individuos (5,9%) hay condenas pendientes de cumplir antes de la salida del medio penitenciario (Tabla 41, Figura 26). Se trata de un dato que podemos considerar como dinámico y sujeto a variación, puesto que pueden surgir nuevas causas pendientes.

**Tabla 41. ¿Tiene más de una condena?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	6	5,9	5,9	5,9
	No	96	94,1	94,1	100,0
	Total	102	99,0	100,0	
Total		102	100,0		



Figura 26



En relación al delito principal cometido predominan los siguientes: asesinato (21,6%), robo con violencia o intimidación (17,6%), homicidio (16,7%) y lesiones (10,8%) (Tabla 42).

Tabla 42. Tipo de delito cometido (principal)

			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Homicidio (art. 138 C.P.)	138	17	16,7	16,7	16,7
	Asesinato (art. 139 C.P.)	139	22	21,6	21,6	38,2
	Lesiones (art. 147 C.P.)		11	10,8	10,8	49,0
	Violencia doméstica (art. 153 C.P.)		10	9,8	9,8	58,8
	Amenazas (art. 169 C.P.)	169	2	2,0	2,0	60,8

RESULTADOS

Abusos sexuales (art. 181 C.P.)	2	2,0	2,0	62,7
Agresión sexual (art. 182 C.P.)	2	2,0	2,0	64,7
Agresión sexual a menores (art. 183 C.P.)	1	1,0	1,0	65,7
Robo con violencia e intimidación (art. 237 C.P.)	2	2,0	2,0	67,6
Robo con fuerza (art. 238 C.P.)	5	4,9	4,9	72,5
Robo con uso de armas o medios peligrosos (art. 242 C.P.)	18	17,6	17,6	90,2
Incendio (art. 351 C.P.)	1	1,0	1,0	91,2
Posesión de drogas (art. 368 C.P.)	1	1,0	1,0	92,2
Contra la seguridad del tráfico (art. 383 C.P.)	1	1,0	1,0	93,1
Quebrantamiento de condena (art. 468 C.P.)	4	3,9	3,9	97,1
Colaboración evasión de detenido (art. 470 C.P.)	1	1,0	1,0	98,0
Atentado contra la autoridad (art. 550 C.P.)	1	1,0	1,0	99,0
Tenencia ilícita de armas (art. 564 C.P.)	1	1,0	1,0	100,0
Total	102	100,0	100,0	

Para el tratamiento estadístico, en función del número de casos que contempla cada ítem, hemos reagrupado la variable “tipo de delito” teniendo en cuenta su ubicación en el Código Penal (Libro y Título) (variable *grdelito*). Los grupos resultantes son los siguientes:

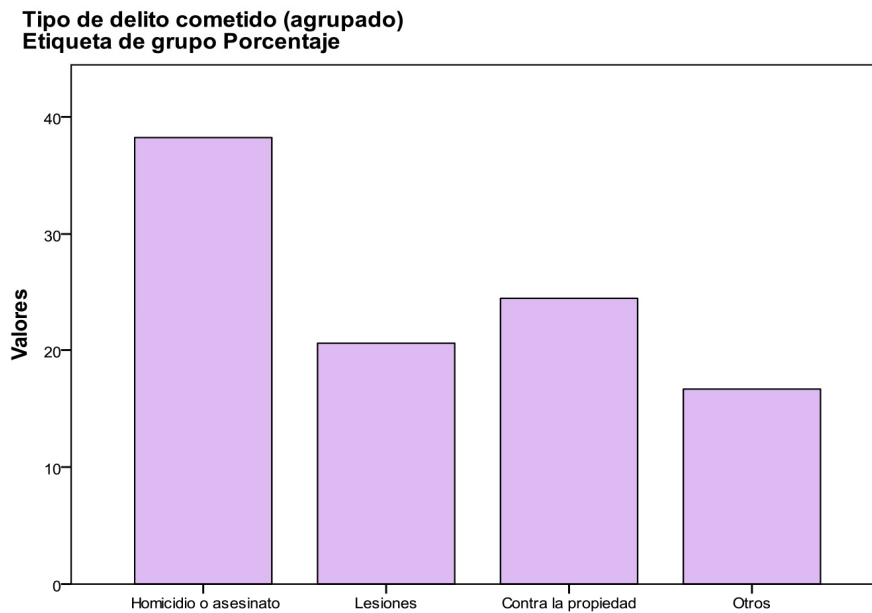
- Del homicidio y sus formas (Título I del Libro II, que comprende los artículos 138 a 143), donde hemos incluido los ítems 138 y 139;
- De las lesiones (Título III de Libro II, que incluye los artículos 147 al 156 bis), donde se sitúan los ítems 147 y 153 de esta variable;
- Contra el patrimonio y el orden socioeconómico (ítems 237, 238 y 242);
- En un apartado, denominado “Otros” (para su uso estadístico y ateniendo al número de casos que comprende) hemos incluido el resto de los ítems, aun cuando somos conscientes de la diversidad de figuras delictivas que comprende.

La tabla siguiente y la figura 27 representan los resultados obtenidos:

**Tabla 43. Tipo de delito (agrupado)**

			Etiqueta de grupo			
			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Homicidio o asesinato		39	38,2	38,2	38,2
	Lesiones		21	20,6	20,6	58,8
	Contra la propiedad		25	24,5	24,5	83,3
	Otros		17	16,7	16,7	100,0
	Total		102	100,0	100,0	

**Figura 27**



Podemos observar que la mayoría de los individuos (58,8%) han cometido un delito contra las personas. La edad media que tendrán los individuos, una vez que cumplan la media impuesta es de  $43,54 \pm 1,33$  años de edad (Tabla 44).

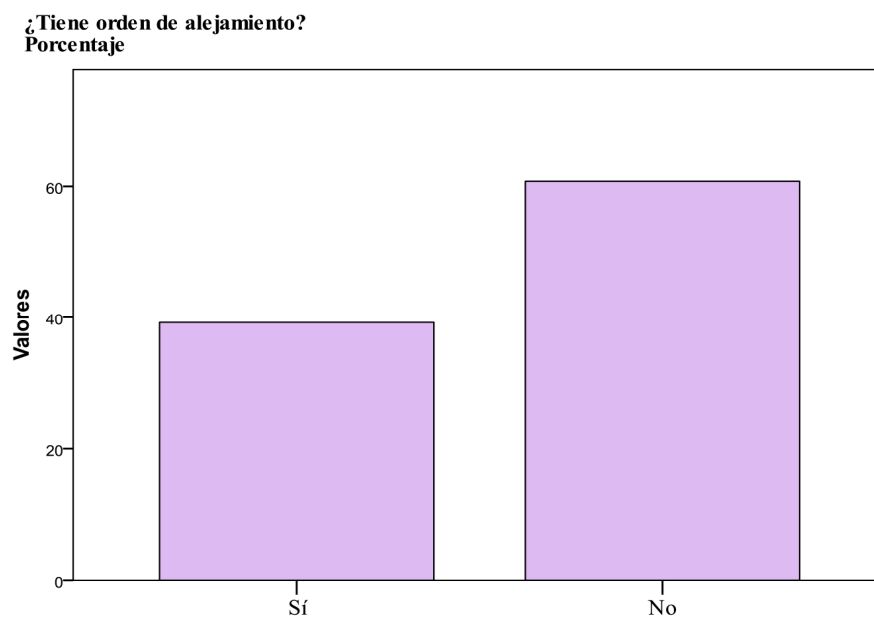
**Tabla 44. Edad cumplimiento medida**

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Típica	
	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Error típico	Estadístico
Edad cumplimiento medida	102	23	92	43,54	1,33	13,25
N válido (según lista)	102					

El 39,2% de los sujetos tienen orden de alejamiento impuesta (Tabla 45, Figura 28).

**Tabla 45. Orden de alejamiento**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	40	39,2	39,2	39,2
	No	62	60,8	60,8	100,0
	Total	102	100,0	100,0	

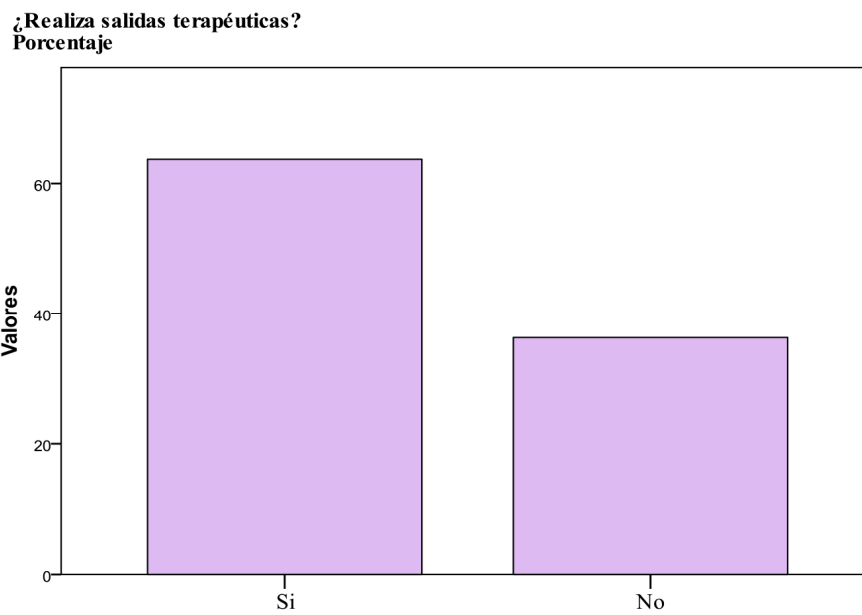
**Figura 28**

En nuestros resultados se observa que el 63,7% de los sujetos tienen concedidas salidas terapéuticas (Tabla 46, Figura 29) y el 46,1% permisos familiares (Tabla 47, Figura 30).

**Tabla 46. Salidas terapéuticas**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	65	63,7	63,7	63,7
	No	37	36,3	36,3	100,0
	Total	102	100,0	100,0	

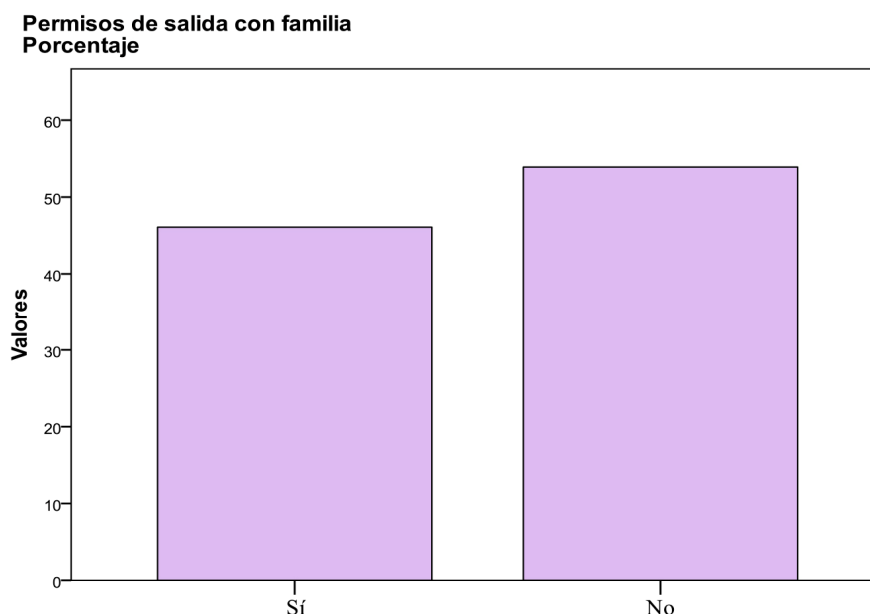
**Figura 29**



**Tabla 47. Permisos familiares**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	47	46,1	46,1	46,1
	No	55	53,9	53,9	100,0
	Total	102	100,0	100,0	

Figura 30



Hemos realizado un análisis de correlación para conocer la significación estadística que se obtiene entre las diferentes variables (Anexo 2). A continuación destacamos aquellas correlaciones estadísticamente significativas obtenidas, que consideramos más relevantes para el estudio realizado.

Se observa una correlación estadísticamente significativa entre el cociente intelectual y las siguientes variables: número de ingresos en hospitales psiquiátricos ( $P=0,034$ ) y existencia de antecedentes delictivos ( $P=0,045$ ), en este sentido los individuos con menor cociente tienen antecedentes previos (la correlación es directa con un coeficiente de Pearson= 0,199). También se observan estas significaciones y en el mismo sentido (como es lógico dada la estrecha relación) entre la variable “nivel de estudios” con el número de ingresos en hospitales psiquiátricos ( $P=0,045$ ) y existencia de antecedentes delictivos ( $P=0,008$ ).

En nuestro estudio, también encontramos una correlación significativa entre la variable “policonsumo” con la edad del sujeto ( $P=0,029$ ) y con determinadas variables delictivas como las siguientes: edad a la que cometió el primer delito ( $P=0,017$ ), número de ingresos previos en hospitales psiquiátricos ( $P=0,003$ ) y la existencia de antecedentes

psiquiátricos del individuo ( $P=0,016$ ). Los individuos con historial de policonsumo de sustancias tóxicas (más de cuatro) tienen un mayor y precoz historial delictivo.

La existencia de antecedentes psiquiátricos del individuo se correlaciona con la edad a la que cometió el primer delito ( $P=0,013$ ) y la edad del primer ingreso en prisión ( $P=0,013$ ) (una mayor precocidad en el historial delictivo). También el diagnóstico psiquiátrico del individuo se correlaciona con el tipo de delito cometido ( $P=0,025$ ).

Finalmente, con respecto al análisis de correlación realizado entre las variables sociobiográficas, criminológicas y psiquiátricas del sujeto, hay que destacar la correlación significativa encontrada entre diversas variables criminológicas: la existencia de antecedentes delictivos con el tipo de delito ( $P=0,005$ ), la edad a la que cometió el primer delito ( $P=0,010$ ) y la edad a la que ingresó por primera vez en prisión ( $P=0,010$ ).

Una vez realizado el análisis de correlación, el paso siguiente es indagar sobre la asociación estadística entre las variables, el sentido de la asociación y las marcas de clase que se relacionan. Para ello acudimos al análisis de la  $\chi^2$ .

En el análisis 2x2 (Test exacto de Fisher) encontramos una asociación estadísticamente significativa entre la variable policonsumo y la existencia de antecedentes psiquiátricos ( $P=0,011$ ). Así, el 96,4% de los individuos policonsumidores tienen antecedentes psiquiátricos. Este porcentaje baja al 75,7% entre los que no tienen hábitos de policonsumo. También la asociación se expresa en que en el 94,7% de los individuos que no tienen antecedentes psiquiátricos, no hay hábitos de policonsumo de sustancias tóxicas (Tabla 48, Figura 31).



**Tabla 48. Análisis de contigencia entre variables policonsumo – antecedentes psiquiátricos**

		Antecpsiq			
		Sí	No	Total	
Policonsumo	Sí	Recuento	27	1	28
		Frecuencia esperada	22,8	5,2	28,0
		% dentro de policonsumo	96,4%	3,6%	100,0%
		% dentro de antecpsiq	32,5%	5,3%	27,5%
		% del total	26,5%	1,0%	27,5%
No		Recuento	56	18	74
		Frecuencia esperada	60,2	13,8	74,0
		% dentro de policonsumo	75,7%	24,3%	100,0%
		% dentro de antecpsiq	67,5%	94,7%	72,5%
		% del total	54,9%	17,6%	72,5%
Total		Recuento	83	19	102
		Frecuencia esperada	83,0	19,0	102,0
		% dentro de policonsumo	81,4%	18,6%	100,0%
		% dentro de antecpsiq	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	81,4%	18,6%	100,0%

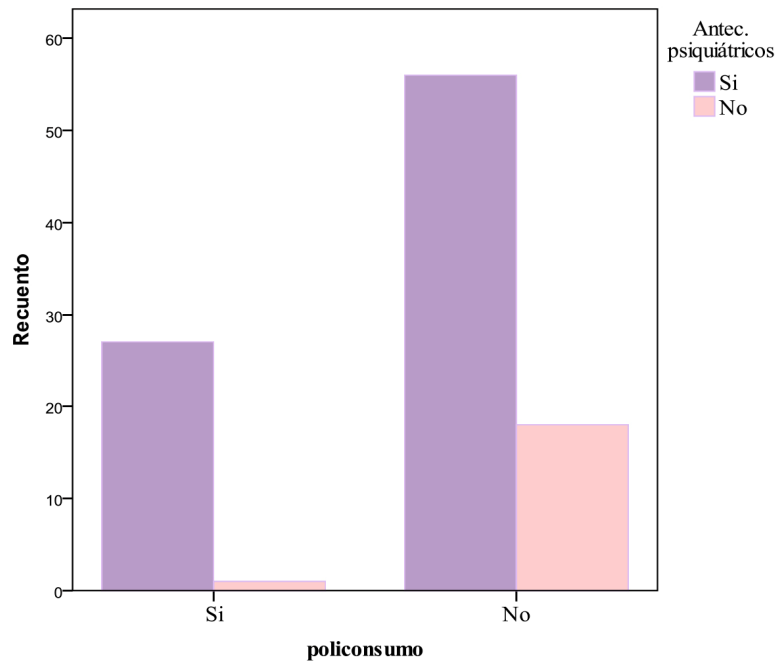
**Tabla 49. Análisis de contingencia entre variables policonsumo – antecedentes psiquiátricos. Pruebas de chi-cuadrado.**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,772 <sup>a</sup>	1	,016		
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	4,484	1	,034		
Razón de verosimilitudes	7,341	1	,007		
Estadístico exacto de Fisher				,020	,011
Asociación lineal por lineal	5,715	1	,017		
N de casos válidos	102				

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 5,22.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Figura 31



También hemos encontrado una asociación estadísticamente significativa entre la variable “diagnóstico psiquiátrico” y el tipo de delito ( $P=0,006$ ). Así, en lo que respecta a los individuos diagnosticados como esquizofrénicos o con otros trastornos psicóticos el 50% están internados por homicidio o asesinato y los que tienen un diagnóstico de trastornos relacionados con el consumo de sustancias, el 35,3% lo están por un delito de lesiones y el 35,3% por delitos contra la propiedad. En el mismo sentido, el 66,7% de los sujetos internos por homicidio o asesinato tiene un diagnóstico de esquizofrenia u otros trastornos psicóticos (Tabla 50, Figura 32). Este hecho se corrobora en el análisis de correlación realizado (Anexo 2) en el que se observa una correlación estadísticamente significativa entre la variable “esquizofrenia” y las variables “homicidio” ( $P = 0,006$ ) y “lesiones” ( $P = 0,007$ ).

**Tabla 50. Análisis de contingencia: diagnóstico psiquiátrico – tipo de delito (agrupado)**

		agrupac delito					
			Homicidio o asesinato	Lesiones	Contra la propiedad	Otros	Total
agrupac dx psiq	Trastornos relacionado s sustancias	Recuento	4	6	6	1	17
		Frecuencia esperada	6,5	3,5	4,2	2,8	17,0
		% dentro de agrupac dx psiq	23,5%	35,3%	35,3%	5,9%	100,0%
		% dentro de agrupac delito	10,3%	28,6%	24,0%	5,9%	16,7%
		% del total	3,9%	5,9%	5,9%	1,0%	16,7%
Esquizofren ia y otros trastornos psiquiátrico s	Recuento	26	6	15	5	52	
		Frecuencia esperada	19,9	10,7	12,7	8,7	52,0
		% dentro de agrupac dx psiq	50,0%	11,5%	28,8%	9,6%	100,0%
		% dentro de agrupac delito	66,7%	28,6%	60,0%	29,4 %	51,0%
		% del total	25,5%	5,9%	14,7%	4,9%	51,0%
Trastornos de personalida d	Recuento	5	8	3	9	25	
		Frecuencia esperada	9,6	5,1	6,1	4,2	25,0
		% dentro de agrupac dx psiq	20,0%	32,0%	12,0%	36,0 %	100,0%
		% dentro de agrupac delito	12,8%	38,1%	12,0%	52,9 %	24,5%

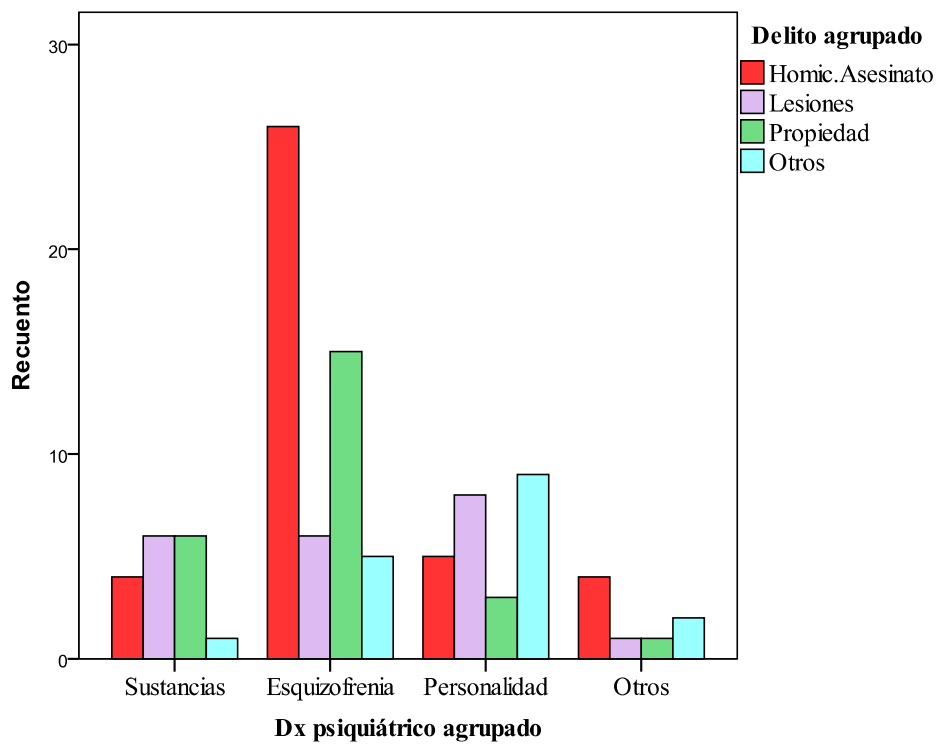
	% del total	4,9%	7,8%	2,9%	8,8%	24,5%
Otros	Recuento	4	1	1	2	8
	Frecuencia esperada	3,1	1,6	2,0	1,3	8,0
	% dentro de agrupac dx psiq	50,0%	12,5%	12,5%	25,0%	100,0%
	% dentro de agrupac delito	10,3%	4,8%	4,0%	11,8%	7,8%
	% del total	3,9%	1,0%	1,0%	2,0%	7,8%
Total	Recuento	39	21	25	17	102
	Frecuencia esperada	39,0	21,0	25,0	17,0	102,0
	% dentro de agrupac dx psiq	38,2%	20,6%	24,5%	16,7%	100,0%
	% dentro de agrupac delito	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% del total	38,2%	20,6%	24,5%	16,7%	100,0%

**Tabla. 51 Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	22,948 <sup>a</sup>	9	,006
Razón de verosimilitudes	22,841	9	,007
Asociación lineal por lineal	,997	1	,318
N de casos válidos	102		

a. 8 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,33.

**Figura 32**



## VARIABLES RELACIONADAS CON EL INVENTARIO MULTIFÁSICO DE PERSONALIDAD DE MINNESOTA 2 – MMPI-2-

En la tabla 52 se expresan los valores medios y el test de comparación de medias de los diferentes indicadores del MMPI-2.

**Tabla 52. Medias observadas, intervalo de confianza para la media, región de normalidad y comparación de medias.**

Indicador	M(IC95%)	RdN	t	d	VP
<b>Consistencia</b>					
VRIN	7,75 (7,00–8,46)	0 < Pd < 13	-14,23***	-1,40	13 <sup>a</sup>
TRIN	9,52 (9,15–9,89)	6 < Pd < 13	-18,52***	-1,82	13 <sup>a</sup>
<b>Cambio en el estilo de respuesta</b>					
F-Fb	22,69 (20,04–25,34)	0 < Pd < 10	9,38***	0,93	10 <sup>b</sup>
<b>Indicadores originales de validez</b>					
Escala L	7,77 (7,30–8,24)	1 < Pd < 9	-5,16***	-0,51	9 <sup>b</sup>
Factor K+	12,90(11,98–13,82)	7 < Pd < 24	-23,31***	-2,31	24 <sup>b</sup>
Factor K++			12,40***	1,23	7 <sup>b</sup>
Escala F	46,30 (44,97–47,63)	0 < Pd < 19	40,02***	3,96	19 <sup>b</sup>
Escala Fb	23,62 (21,33–25,91)	0 < Pd < 17	5,65***	0,56	17 <sup>b</sup>
Índice F-K+	33,40 (31,34–35,46)	-23 > Pd < 10	53,42***	5,29	-23 <sup>b</sup>
Índice F-K++			22,16***	2,20	10 <sup>b</sup>
<b>Indicadores adicionales de validez</b>					
Escala Fp	20,49(19,47–21,51)	0 < Pd < 5	29,85***	2,95	5 <sup>b</sup>
Escala Ds	38,66(19,47–21,51)	2 < Pd < 30	8,13***	0,80	30 <sup>b</sup>
Escala FBS	27,11(26,01–28,21)	8 < Pd < 31	-7,01***	-0,69	31 <sup>b</sup>
Escala S	20,99(19,15–22,83)	10 < Pd < 44	-24,61***	-2,44	44 <sup>b</sup>
Escala Wsd	14,59(13,59–15,59)	6 < Pd < 19	-8,60***	-0,85	19 <sup>b</sup>
Escala Esd	12,62 (11,44–13,80)	7 < Pd < 36	-39,10***	-3,87	36 <sup>c</sup>
Escala Od	14,90 (13,94–15,86)	2 < Pd < 30	-14,46***	-1,43	22 <sup>b</sup>

*Nota.* \* $p < ,05$ ; \*\* $p < ,001$ . +contraste con valor de prueba de disimulación; ++ contraste con valor de prueba de simulación; RdN = Región de normalidad (Criterio:  $H_0 = ,05$  bilateral dado que la no-normalidad puede ser por la parte superior e inferior del indicador, de modo que la normalidad abarca al 90% de la distribución en la población de referencia; este valor se corresponde aproximadamente con un valor T de 65 que suele ser el criterio de decisión empírico); los datos para la definición de la región de normalidad fueron tomados de Caldwell ( $N = 161,239$ ) (Greene, 2008), a excepción de TRIN y VRIN que se cogieron del Manual del MMPI-2 al afectar por igual a todo tipo de poblaciones (Butcher, Dahlstrom, Graham, Tellegen, y Kaemmer, 1989; Butcher, Graham, Ben-Porath, Tellegen, Dahlstrom, y Kaemmer, 2001;  $gl(100)$ ); VP = Valor de prueba. <sup>a</sup>VP del Manual del MMPI-2 (Butcher et al., 1989, 2001); <sup>b</sup>VP =  $P_{95}$  de Greene (2008) para casos clínicos; <sup>c</sup>VP =  $P_{95}$  de Greene (2011) para casos clínicos.

Para la investigación sobre la aplicación de los protocolos del MMPI-2 a la práctica forense, Arce y otros autores<sup>438</sup>, establecen tres pasos que es preciso realizar.

El primero de ellos es el análisis de la nulidad total del protocolo, es decir el estudio de la falta de cooperación con la evaluación, los outliers y los patrones de respuestas totalmente azarosos o extremadamente aquiescentes, ya que todo protocolo de respuestas en el que se registre alguna de estas amenazas a la validez, debe ser anulado.

En este sentido, los resultados obtenidos en el análisis del registro de contingencias en la Escala de No-Respuestas (?) ponen de manifiesto que todos los sujetos internos en el hospital psiquiátrico penitenciario que cumplimentaron la prueba colaboraron con la evaluación ( $Pd < 10$ )<sup>439</sup>. Tampoco obtenemos caso alguno con un patrón de respuestas totalmente azaroso en VRIN (inconsistencia de respuestas variables) ( $Pd \geq 18$ ), extremadamente aquiescente en TRIN (inconsistencia de las respuestas verdadero) ( $Pd \geq 18$ ) o de outliers en K (escala de corrección) ( $Pd > 26$ )<sup>440</sup>.

Sin embargo, registramos una tasa del 52% de puntuaciones extremadamente elevadas ( $T_{70} + 5DE$ ) en F (incoherencia) ( $T \geq 120$ ) y del 25% en la escala Fb (F posterior), que si bien puede relacionarse con un perfil de respuestas al azar y por tanto invalida el protocolo, es un

<sup>438</sup> ARCE, R., FARIÑA, F., CARBALLAL, A., NOVO, M. “Evaluación del daño moral en accidentes de tráfico: Desarrollo y validación de un protocolo para la detección de la simulación”, *Psicothema*, 2006, Vol. 18, págs. 278-283/ARCE, R., FARIÑA, F., CARBALLAL, A., NOVO, M. “Creación y validación...”, ob cit., págs. 241-247.

<sup>439</sup> GRAHAM, J. R. “*MMPI-2: Assessing personality...*”, ob cit., pág. 116.

<sup>440</sup> GREENE, R. L. “*Malingering and defensiveness...*”, ob cit., págs. 159-181.



signo distintivo de pacientes severamente desorganizados y de psicosis floridas<sup>441</sup>, como ocurre en los sujetos de nuestra muestra de estudio.

Así mismo, en la combinación de F y Fb, mediante el índice F-Fb, observamos puntuaciones muy marcadas ( $|F-Fb| \geq 19$ ; criterio de Caldwell en el 45,1% de los individuos internados psiquiátricos, que incluso no son representativas de la población clínica ( $p < ,001$ ). El cotejo de cada contingencia en que  $|F-Fb|$  era  $\geq 19$  nos permitió identificar que siempre era producto de  $F > Fb$ , es decir, la sintomatología psicótica positiva (F) prevalece sobre la depresiva (Fb). En este aspecto, los diagnósticos psiquiátricos de los individuos estudiados avalan dicha preeminencia. Por todo ello, los resultados en F, Fb y el índice F-Fb están en consonancia con el diagnóstico y la tipología de esta población.

En consecuencia, una vez verificada la colaboración de los sujetos, que ningún caso es realmente un *outlier* y que ningún protocolo fue respondido al azar, se deduce que las respuestas obtenidas son propias de este tipo de poblaciones y, por ello, podemos realizar el estudio.

El segundo paso es la evaluación de la consistencia en las respuestas, tanto por una tendencia de respuesta aquiescente, es decir, una tendencia indiscriminada de respuesta verdadera o falsa (TRIN), como por una tendencia de respuesta al azar (VRIN), así como el cambio (o estabilidad) en el estilo de respuesta (F-Fb). Los resultados, que pueden observarse en la Tabla 52, ponen de manifiesto que los valores medios en TRIN y VRIN caen dentro de la región de normalidad y que se apartan significativamente del criterio de inconsistencia, con una magnitud del efecto grande. Sin embargo, este hecho no quiere decir que todos los protocolos sean consistentes. Los resultados del estudio de casos (Tabla 53) advierten que todos los casos entran en la región de normalidad en VRIN, en tanto en TRIN se observó una prevalencia igual a la esperada.

Por lo que se refiere al cambio de estilo de respuesta de F a Fb, es decir el índice F-Fb, la proporción de casos observada (0,863) resultó significativamente superior (Tabla 53) a la

---

<sup>441</sup> GRAHAM, J. R. “*MMPI-2: Assessing personality...*”, ob cit., pág. 116/GREENE, R. L. *The MMPI-2/MMPI-2-RF: An interpretive manual*, 3ª Ed., Allyn & Bacon, Boston, 2011.

esperada (0,02) y con una magnitud grande del tamaño del efecto ( $OR > 4,25$ ). Así mismo, el contraste con sujetos penados no-psiquiátricos evidencia una prevalencia significativamente mayor de cambio en el estilo de respuesta, índice F-Fb,  $\chi^2(1, N = 202) = 138,11$  ( $P < 0,001$ );  $\phi = 0,84$ .

En conclusión, las respuestas de la población penitenciaria psiquiátrica se caracterizan por un patrón no-aquiescente y no-azaroso de respuestas, y por un cambio de estilo de respuesta a lo largo de la evaluación.

**Tabla 53. Tasa de clasificación de los indicadores de inconsistencia y cambio del estilo de respuesta.**

Indicador	Punto de corte	Internados psiquiátricos			Penados no-psiquiátricos		
		f(p)	Z	OR	f(p)	Z	OR
TRIN	$\geq r13^a$	4(,039) <sup>+</sup>	1,36	----	0(0) <sup>+</sup>	----	----
VRIN	$\geq r13^a$	0(0)	----	----	1(,01)	----	----
F-Fb	$\geq r10^b$	88(,863)	60,21***	43,15	3(,03)	0,71	----

*Nota.* <sup>a</sup>Punto de corte del Manual del MMPI-2 (Butcher et al., 1989, 2001); <sup>b</sup>Punto de corte P<sub>98</sub> de Greene (2008) para casos clínicos; los guiones indican que las ORs no fueron calculadas porque la prevalencia observada de casos no es estadísticamente significativa; <sup>+</sup>Pd en TRIN  $\leq 5$  también son indicativas de inconsistencia (tendencia de respuesta indiscriminada en la dirección falso), registrándose la misma tasa de casos (,02) que la esperada entre internados psiquiátricos y ningún caso entre los no-psiquiátricos; \*\*\* $p < ,001$ .

El tercer paso es el análisis de la validez del protocolo y se lleva a cabo sólo en poblaciones en las que se ha descartado una inconsistencia sistemática en las respuestas y en aquellas personas en las que no se verifica un patrón de respuestas totalmente azaroso (PdVRIN<18), extremadamente aquiescente (PdTRIN < 18) o de *outliers* (PdK  $\leq 25$ ).

En función de la disponibilidad en la versión comercial del MMPI-2, los resultados del protocolo se dividen en indicadores originales de validez (disponibles) e indicadores adicionales (no disponibles y a los que, por tanto, los profesionales no tienen acceso directo).

Los resultados en los indicadores originales de validez (Tabla 52) muestran que las medias obtenidas en la Escala L (mentira) y el Factor K, se encuentran dentro de la región de normalidad, mientras que las escalas F y Fb se sitúan fuera de dicha región.

De forma más específica, las medias en L y K, medidas originales de disimulación, se alejan significativamente del criterio de disimulación en dirección a la normalidad, con un tamaño del efecto moderado y grande, respectivamente.

A su vez, la media en el Factor K, cuyas puntuaciones bajas también puede ser indicativas de simulación, se aleja significativamente, y con una magnitud del efecto grande, del criterio de simulación en dirección a la normalidad. Por tanto, la Escala L y el Factor K validan los protocolos. Por su parte, las escalas de medida de simulación, F y Fb, se apartan significativamente, y con un tamaño del efecto grande y moderado, respectivamente, de la normalidad en dirección a la simulación y, como hipótesis alternativa, de padecimiento de daño severo en la salud mental, que es el caso.

Finalmente, el índice F-K, resultado de la combinación de una escala de evaluación de la simulación, Escala F, con una de medida de la disimulación, Factor K, revalida significativamente el sesgo de respuesta hacia la simulación de la población de sujetos internados psiquiátricos, con un tamaño del efecto grande (2,2 desviaciones típicas superior al punto de corte de la simulación).

**Tabla 54. Tasa de clasificación de los indicadores de simulación en internados psiquiátricos y penados no-psiquiátricos.**

Indicador	Punto de corte <sup>a</sup>	Internados psiquiátricos			Penados no-psiquiátricos		
		f(p)	Z	OR	f(p)	Z	OR
Escala F	Pd $\geq$ 25	102(1)	70,00***	50,00	2(,020)	0	----
Factor K	Pd $\leq$ 5	7(,068)	3,43***	3,40	2(,020)	0	----
Escala Fb	Pd $\geq$ 21	60(,588)	40,57***	29,40	2(,020)	0	----
Índice F-K	Pd $\geq$ 17	94(,920)	64,29***	46,00	0(0)	0	----
Escala Fp	Pd $\geq$ 7	97(,951)	66,50***	47,55	3(,030)	0,71	----
Escala Ds	Pd $\geq$ 35	73(,716)	52,93***	35,80	10(,100)	5,71***	5,00
Escala FBS	Pd $\geq$ 34	10(,098)	5,57***	4,90	0(0)	----	----

*Nota.* <sup>a</sup>Puntos de corte en el contexto clínico de Caldwell (Greene, 2008) que se viene; valor de contraste para Z y OR =,02; \*\*\*p < ,001

Los indicadores adicionales, como hemos comentado en un apartado anterior de la introducción, se subdividen en indicadores de simulación, escalas Fp, Ds, y FBS, y de

disimulación, escalas S, Wsd, Esd y Od, (Tabla 52). Recordemos que se trata de escalas, de gran utilidad aunque no forman parte de la versión comercial del MMPI-2.

En la escala Fp -Escala psiquiátrica, se evalúan síntomas raros, y en la escala Ds (Escala de Disimulación de Gough), cuya medida se relaciona con estereotipos erróneos, la media es significativamente mayor que el punto de corte de sospecha de simulación, con un tamaño del efecto grande. Sin embargo, en la escala FBS (Fake Bad Scale –Escala de fingirse enfermo-) la puntuación media cae dentro de la región de normalidad. Finalmente, la población de sujetos internos en el Hospital psiquiátrico penitenciario puntúa dentro de la región de normalidad en todas las escalas de evaluación de disimulación (Tabla 52).

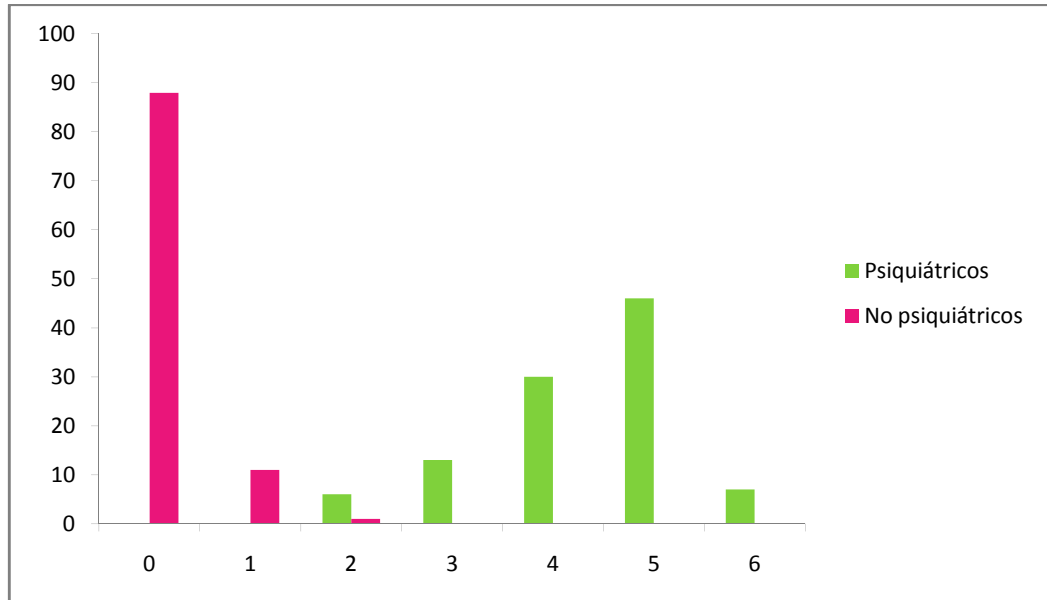
**Tabla 55. Análisis acumulativo del número de indicadores de simulación por población.**

Nº de indicadores	<i>f</i>	%	% acumulado
<b>Internados psiquiátricos</b>			
2	6	5,9	5,9
3	13	12,7	18,6
4	30	29,4	48,0
5	46	45,1	93,1
6	7	6,9	100
<b>Penados no-psiquiátricos</b>			
0	88	88	88
1	11	11	99
2	1	1	100

En términos de clasificación, todos los indicadores de simulación (Tabla 54) presentan una tasa significativa de clasificación de los sujetos internados psiquiátricos como simuladores, con un rango que oscila entre el 6,8% del Factor Corrector K, al 100% de la Escala F. Acumulativamente, en nuestra población de internados psiquiátricos encontramos (Tabla 55, Figura 33) que, al menos, dos indicadores de simulación sugieren ésta, alcanzado hasta un máximo de 6 indicadores y siendo la moda 5.

**Figura 33**

Número de indicadores de simulación



Por su lado, los indicadores de simulación no informan de ésta entre los sujetos procedentes de la muestra de individuos penados no-psiquiátricos, a excepción de la Escala Ds, que advierte de una prevalencia significativa del informe de estereotipos erróneos (Tabla 54). En todo caso, esta eventualidad se da significativamente más en la población de sujetos internados psiquiátricos (0,716), que en la de no-psiquiátricos (0,10),  $\chi^2(1, N = 202) = 79,08$  ( $P < 0,001$ ;  $\phi = 0,63$ ). Acumulativamente, en la población de penados no-psiquiátricos encontramos en 2 penados dos indicadores de simulación; en 11, un indicador; y en 88 ningún indicador de simulación.

**Tabla 56. Tasa de clasificación de los indicadores de disimulación en internados psiquiátricos y penados no-psiquiátricos.**

Indicador	Internados psiquiátricos				Penados no-psiquiátricos		
	Punto de corte	f(p)	Z	OR	f(p)	Z	OR
Escala L	Pd $\geq$ 7 <sup>a</sup>	73(,716)	30,27***	14,32	70(,700)	29,55***	14,0
Factor K	Pd $\geq$ 22 <sup>a</sup>	3(,029)	----	----	10(,100)	2,27*	2
Índice F-K	Pd $\leq$ -.21 <sup>a</sup>	0(0)	----	----	1(,010)	----	----
Escala S	Pd $\geq$ 39 <sup>a</sup>	3(,029)	----	----	7(,070)	0,90	----
Escala Wsd	Pd $\geq$ 18 <sup>a</sup>	77(,755)	32,04***	15,10	55(,550)	22,73***	11,00
Escala Esd	Pd $\geq$ 36 <sup>b</sup>	0(0)	----	----	0(0)	----	----
Escala Od	Pd $\geq$ 19 <sup>a</sup>	22(,318)	12,18***	6,16	51(,510)	20,91***	10,20

*Nota.* <sup>a</sup>Puntos de corte de Butcher et al. (1989, 2001); <sup>b</sup>Punto de corte de Greene (2011) para contexto clínico; Z, dado que no se sospecha la hipótesis de disimulación, para el valor de prueba ( $H_0$ ) de ,05 en la cola de la dirección de evaluación de la escala; ---- indica que el valor no fue computado porque la proporción de casos observados era  $\leq$  ,05 ( $H_0$ ); \* $p < ,05$ ; \*\* $p < ,01$ ; \*\*\* $p < ,001$ .

El estudio de la disimulación en las escalas adicionales (S, Wsd, Esd y Od) pone de manifiesto que la media de nuestra población de internados psiquiátricos se sitúa en la región de normalidad (Tabla 52).

Como sabemos, la hipótesis de sospecha en esta población es la de simulación por estar asociada a psicopatología severa, sin embargo, sorprendentemente en el estudio de casos encontramos que las escalas L, Wsd y Od son significativa y altamente (tamaños de efecto grandes en L y Wsd, y moderado en Od) sensibles a la disimulación. Un efecto parecido se encuentra en la población de penados no-psiquiátricos (Tabla 56) con una tasa de prevalencia significativa de disimulación en L, Wsd y Od, con tamaños del efecto grande, y en K, con un tamaño del efecto pequeño. Ahora bien, en la población de penados estándar la hipótesis de sospecha es la disimulación, que está asociada en el contexto penitenciario a la consecución de beneficios penitenciarios, progreso en el tratamiento, clasificación o régimen prescrito.

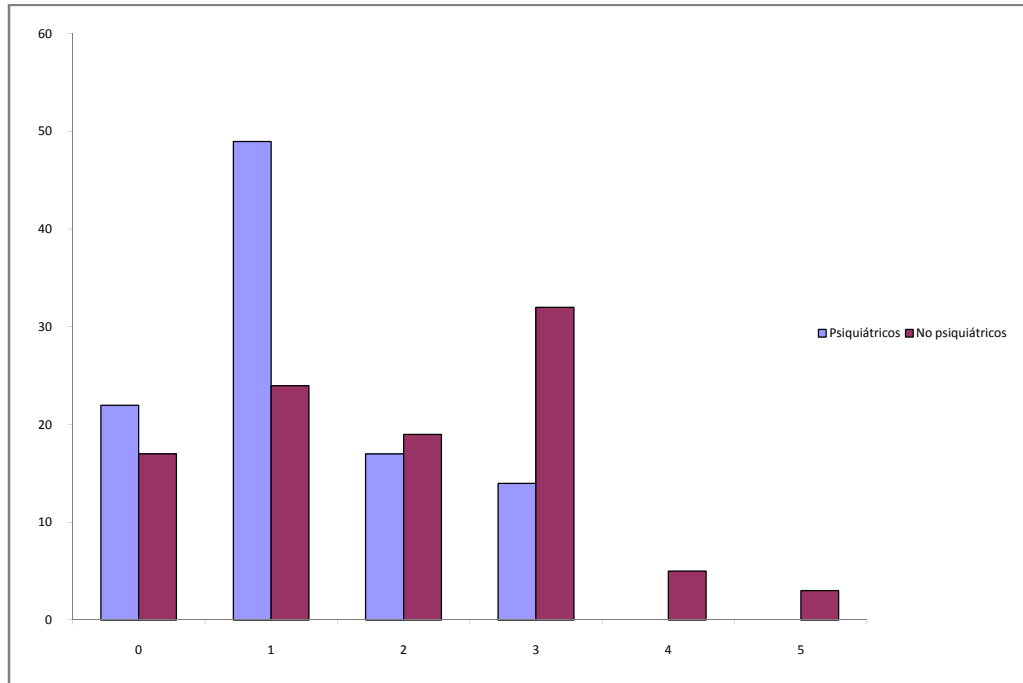
De manera acumulativa registramos (Tabla 57, Figura 34) indicios de disimulación en el 78,4% de los internados psiquiátricos: en el 48% un indicador, en el 16,7% dos indicadores y en el 13,7% tres indicadores. En lo que respecta a la población de penados no-psiquiátricos (recordemos que se sospecha disimulación) consignamos indicadores de disimulación en 83 sujetos (frente a 80 en la población de internados psiquiátricos), igualándose ambas poblaciones en la observación de indicios de simulación,  $\chi^2 (1, N = 202) = 8,68, (ns); \phi = 0,058$ .

**Tabla 57. Análisis acumulativo del número de indicadores de disimulación por población.**

Nº de indicadores	<i>f</i>	%	% acumulado
<b>Internados psiquiátricos</b>			
0	22	21,6	21,6
1	49	48,0	69,6
2	17	16,7	86,3
3	14	13,7	100
<b>Penados no-psiquiátricos</b>			
0	17	17	17
1	24	24	41
2	19	19	60
3	32	32	92
4	5	5	97
5	3	3	100

Número de indicadores de disimulación

**Figura 34**



### **Estudio de las salud mental en las escalas clínicas básicas del MMPI-2.**

Hemos comparado los valores medios obtenidos en las escalas clínicas básicas de la población de individuos internos en el hospital psiquiátrico penitenciario (Tabla 58, Figura 35) con el criterio de decisión para casos clínicos ( $VP = T70$ ). Constatamos en esta población (internados psiquiátricos) que la prueba informa de impresión diagnóstica en hipocondriasis (preocupación excesiva por la salud), histeria de conversión (somatización), paranoia, psicastenia (obsesivo-compulsivo, ansiedad y estrés generalizados) y esquizofrenia ( $T > 70$ ) y en depresión ( $T = 70$ ).

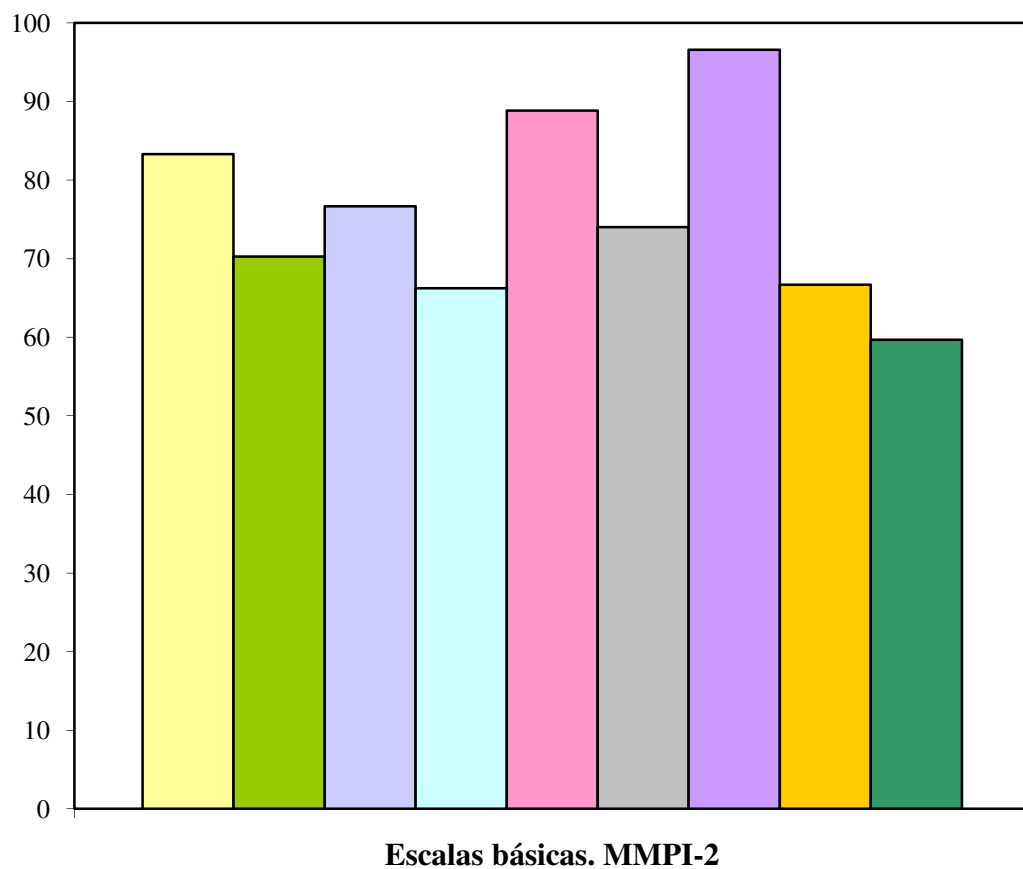
Por el contrario, la población penitenciaria psiquiátrica no presenta impresión diagnóstica en psicopatía, hipomanía (trastorno bipolar, maníaco) e introversión social (introversión, malestar general subjetivo, afecto negativo). Es de destacar que esta población no padece un trastorno antisocial de la personalidad por lo que, atendiendo a este resultado, inicialmente no se espera cronicidad delictiva.



**Tabla 58. Prueba “t” para una muestra, significación unilateral. Valor de prueba = 70.**

Variable	<i>t</i>	<i>M</i>	<i>S<sub>x</sub></i>	<i>d</i>
Hipocondría	13,88***	83,31	9,69	1,37
Depresión	0,29	70,27	9,69	0,03
Histeria de conversión	6.73***	76,67	10,01	0,66
Desviación psicopática	-4.28***	66,23	8,91	-0,42
Paranoia	13,98***	88,82	13,59	1,38
Psicastenia	4,45***	74,02	9,12	0,44
Esquizofrenia	25,24***	96,56	10,63	2,50
Hipomanía	-2,64**	66,67	12,73	0,27
<u>Introversión social</u>	-8,50***	59,68	12,27	0,84

Nota. *gl*(101); \*\**p* < ,01; \*\*\**p* < ,001.

**Figura 35**

La prevalencia de impresión diagnóstica de trastornos (Tabla 59) es significativamente elevada, y con tamaños del efecto más que grandes ( $OR > 20$ , es decir,  $> 1,5 DE$ ) en todas las escalas, destacando la díada psicótica, paranoia y esquizofrenia, que la jurisprudencia relaciona con la inimputabilidad, con tasas de clasificación, respectivamente, del 90,2%, y del 100%.

**Tabla 59. Contraste de la prevalencia de casos clínicos en la población psiquiátrica penitenciaria con la probabilidad esperada en la población normativa.**

Escala	$P_o$	Z	OR
Hipocondría	,922	64,9***	46,1
Depresión	,578	41,6***	28,9
Histeria (somatización)	,804	56,4***	40,2
Desviación psicopática	,304	20,4***	15,2
Paranoia	,902	63,5***	45,1
Psicastenia	,735	51,4***	36,8
Esquizofrenia	1	70,5***	50
Hipomanía	,402	27,5***	20,1
Introversión Social	,284	19,0***	14,2

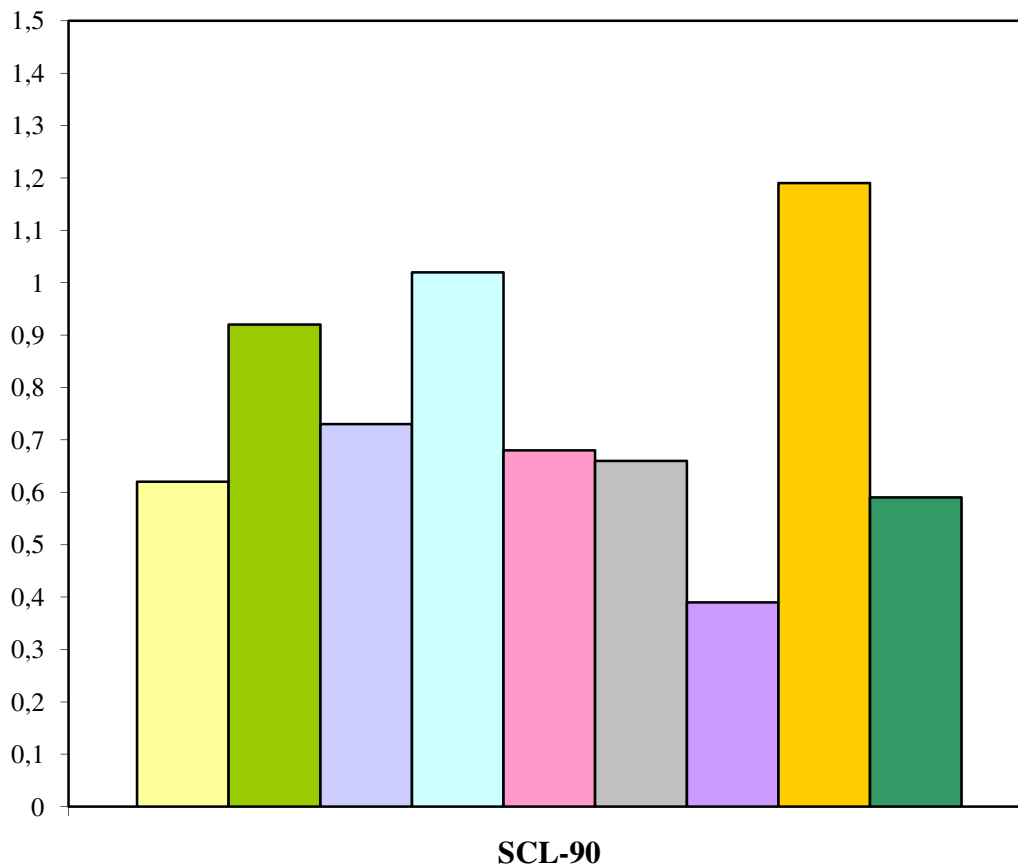
*Nota.*  $N = 102$ .  $P_o$  = Proporción de patología observada en la población psiquiátrica penitenciaria; el valor de prueba fue una proporción de ,02 que se corresponde con el margen de casos para una puntuación  $T = 70$  en la población normativa.

### II.3. Variables relacionadas con el Inventario de Síntomas de Derogatis-Revisado (SCL-90-R)

A continuación procedemos a describir los resultados obtenidos en el SCL-90-R. Los datos resultantes del estudio descriptivo se exponen en la siguiente tabla (Tabla 60, Figura 36).

**Tabla 60. Estadísticos descriptivos**

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.	
	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Error típico	
SOMD	102	,00	3,58	,6274	,06396	,64601
OBSSD	102	,00	3,30	,9226	,07588	,76631
INTSD	102	,00	3,11	,7379	,06491	,65552
DEPSD	102	,00	3,23	1,0197	,07416	,74901
ANSD	102	,00	3,80	,6857	,07044	,71140
HOSD	102	,00	5,00	,6623	,09491	,95854
FOBD	102	,00	2,57	,3989	,05547	,56020
PARD	102	,00	3,67	1,1977	,09131	,92218
PSID	102	,00	3,30	,5958	,06774	,68411
N válido (según lista)	102					

**Figura 36**

En los resultados obtenidos en las puntuaciones directas observamos que la escala de “ansiedad fóbica” es la que presentó menor intensidad sintomatológica (media=  $0,39\pm 0,05$ ), siendo la escala “ideación paranoide” la que mayor puntuación media obtuvo (media=  $1,20\pm 0,09$ ). Destaca también la elevada puntuación en la escala “depresión” (media=  $1,02\pm 0,07$ ). En relación a los índices globales de malestar, el Índice de Severidad Global presenta una media de  $0,77\pm 0,06$ , el Total de Síntomas Positivos de  $31,57\pm 1,72$  y el Índice de Malestar Referido a Síntomas Positivos de  $2,11\pm 0,07$ .

Hemos realizado un análisis de contraste entre los rasgos psicopatológicos que se observan en la población estudiada (sujetos internos en un centro psiquiátrico penitenciario) y la población normalizada. Se observa que los sujetos internos, en comparación con la población normativa, presentan sintomatología significativa (Tabla 61) en las variables obsesivo-compulsivo ( $P=0,000$ ) (por ejemplo, pensamientos, impulsos y acciones que son experimentados como imposibles de evitar o no deseados), sensibilidad interpersonal

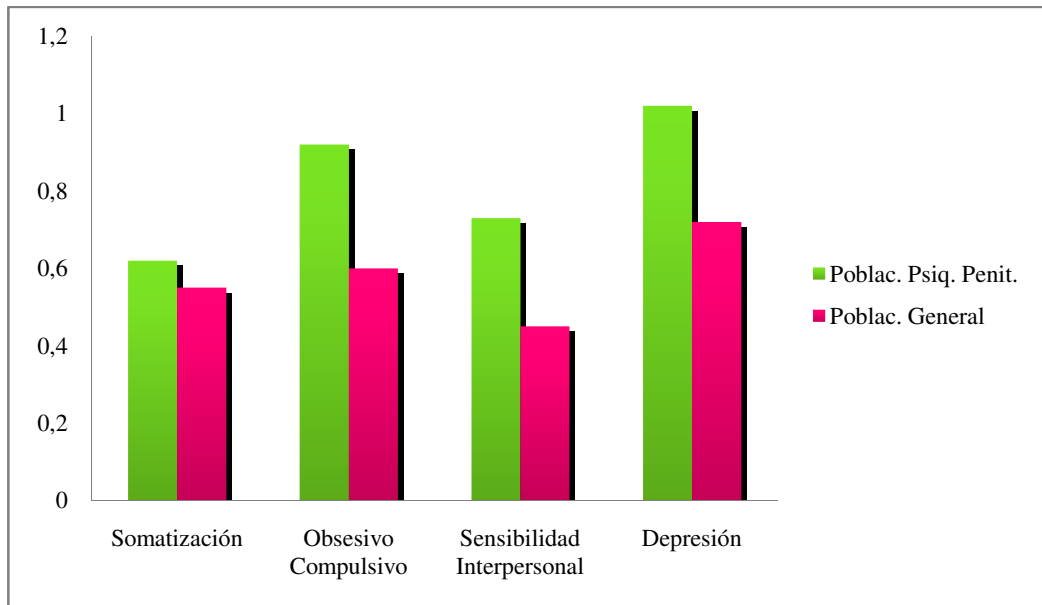
( $P=0,000$ ) (sentimientos de inferioridad e inadecuación, hipersensibilidad a las opiniones y actitudes ajenas, incomodidad e inhibición en las relaciones interpersonales), depresión ( $P=0,000$ ) (anhedonia, desesperanza, falta de energía, disforia, impotencia), ansiedad ( $P=0,021$ ) (verbigracia, nerviosismo, tensión, ataques de pánico y miedos), hostilidad ( $P=0,028$ ) (por ejemplo, pensamientos, sentimientos y conductas propios de estados de agresividad, ira, irritabilidad, rabia y resentimiento), ansiedad fóbica ( $P=0,008$ ) (miedo irracional y desproporcionado a personas concretas, lugares, objetos y situaciones), ideación paranoide ( $P=0,000$ ) (por ejemplo, suspicacia, centralismo auto-referencial e ideación delirante, hostilidad, grandiosidad, miedo a la pérdida de autonomía y necesidad de control) y psicótica ( $P=0,000$ ) (alienación social) (Figuras 37 y 37 bis).

**Tabla 61. Escalas Básicas de Evaluación clínica del SCL-90. Valores “t” para una muestra.**

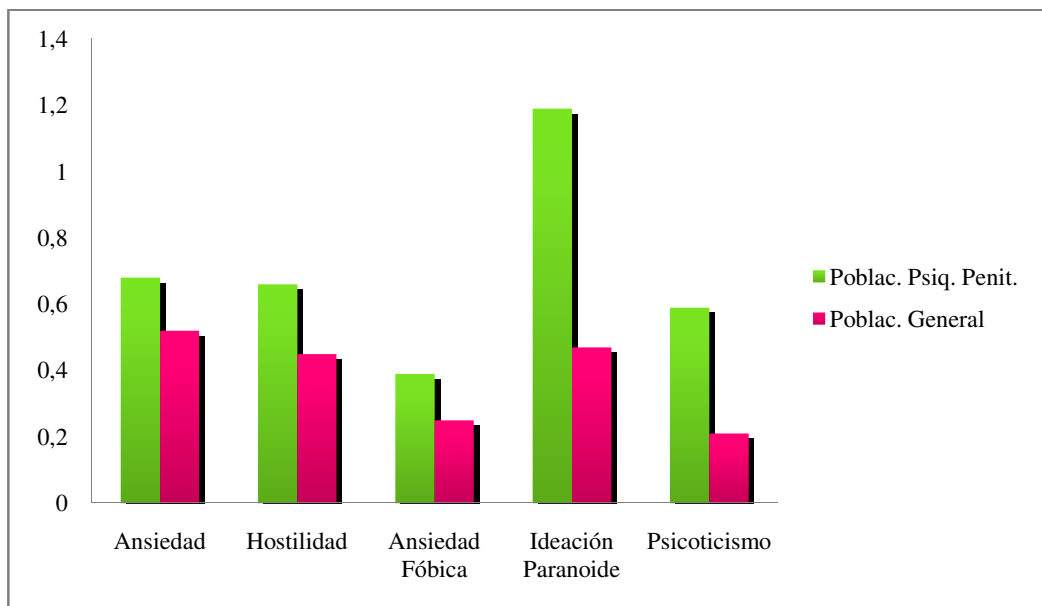
<b>Variables</b>	<b><i>t</i></b>	<b><i>p</i></b>	<b><math>M_{PPP}</math></b>	<b><math>M_{PG}</math></b>
Somatización	1.21	.229	0.62	0.55
Obsesivo-Compulsivo	4.25	.000	0.92	0.60
Sensibilidad Interpersonal	4.43	.000	0.73	0.45
Depresión	4.16	.000	1.02	0.72
Ansiedad	2.35	.021	0.68	0.52
Hostilidad	2.23	.028	0.66	0.45
Ansiedad Fóbica	2.68	.008	0.39	0.25
Ideación Paranoide	7.97	.000	1.19	0.47
Psicoticismo	5.69	.000	0.59	0.21

*Nota.*  $gl(101)$ ;  $M_{PPP}$  = Media de la Población Psiquiátrica Penitenciaria;  $M_{PG}$  = Valor de prueba o contraste tomado de la Media de la Población General.

**Figura 37**



**Figura 37 bis**

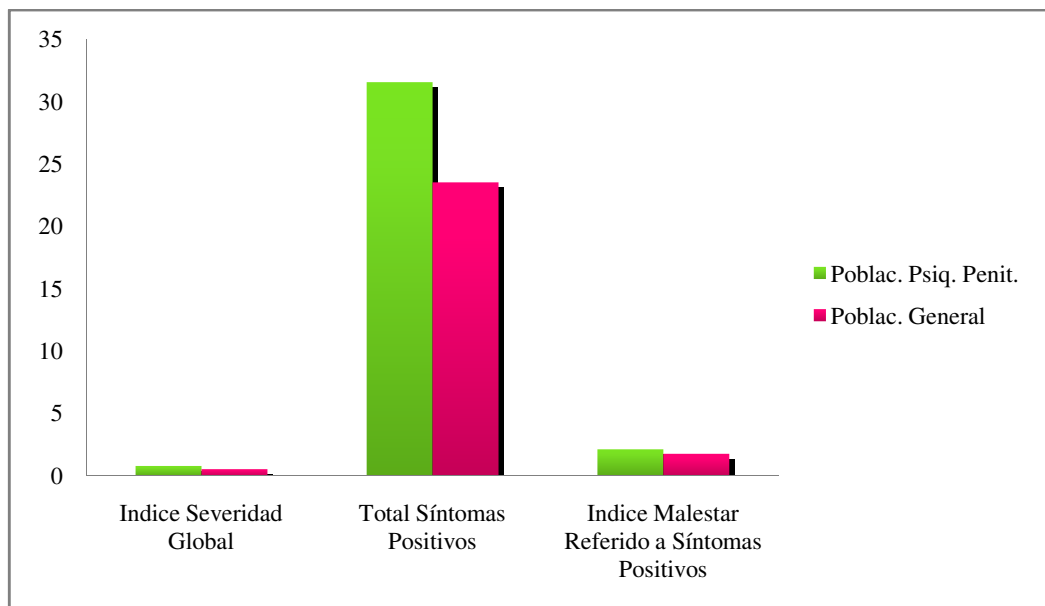


En la misma línea, los índices clínicos globales (Tabla 62) muestran una mayor severidad global, más sintomatología positiva (31 de 90) y un mayor malestar, por lo que no sólo informan de una mayor sintomatología, sino también de una mayor gravedad (Figura 38).

**Tabla 62. Escalas globales de evaluación del SCL-90. Valores “t” para una muestra.**

Variablen	t	P	MPPP	MPG
Índice de Severidad Global (GSI)	4,76	,000	0,77	0,51
Total de Síntomas Positivos (PST)	4,79	,000	31,56	25,32
Índice de Malestar Referido a Síntomas Positivos (PSDI)	5,63	,000	2,11	1,75

*Nota.*  $gl(101)$ ;  $M_{PPP}$  = Media de la Población Psiquiátrica Penitenciaria;  $M_{PG}$  = Valor de contraste tomado de la Media de la Población General.

**Figura 38**

También hemos realizado un análisis de contraste entre los rasgos psicopatológicos que se observan en la población estudiada (sujetos internos en el hospital psiquiátrico penitenciario) y la media obtenida en población psiquiátrica (Tabla 63).

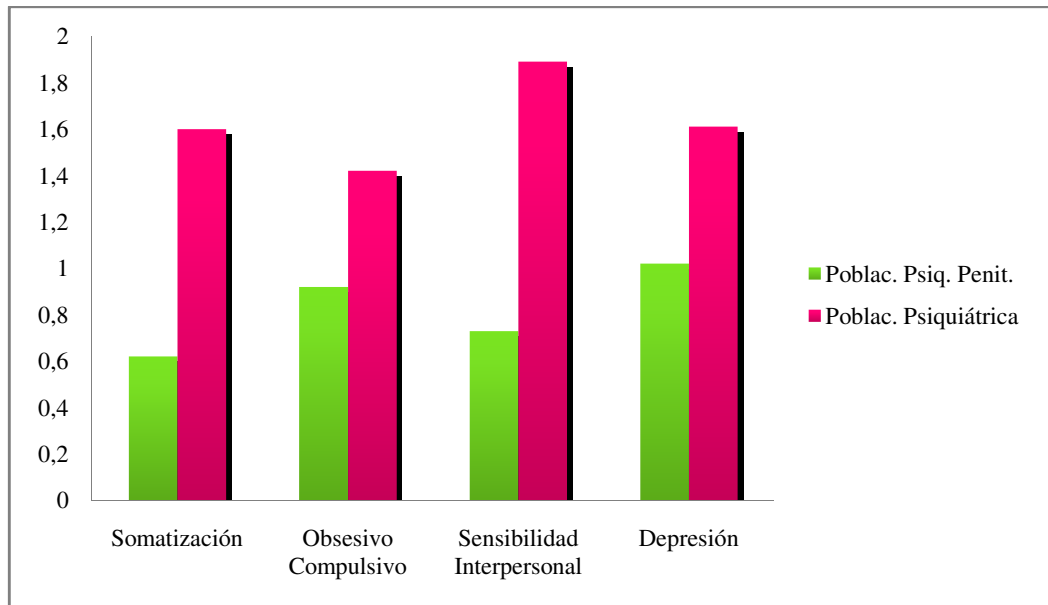
**Tabla 63. Contraste del estado clínico de los pacientes psiquiátricos penitenciarios con la población psiquiátrica**

<b>Variables</b>	<b><i>t</i></b>	<b><i>p</i></b>	<b><i>M</i><sub>PPP</sub></b>	<b><i>M</i><sub>PP</sub></b>
Somatización	-15.20	.000	0.62	1.6
Obsesivo-Compulsivo	-6.55	.000	0.92	1.42
Sensibilidad Interpersonal	-17.75	.000	0.73	1.89
Depresión	-7.79	.000	1.02	1.61
Ansiedad	-13.5	.000	0.68	1.64
Hostilidad	-5.45	.000	0.66	1.18
Ansiedad Fóbica	-11.55	.000	0.39	1.04
Ideación Paranoide	-1.44	.151	1.19	1.33
Psicoticismo	-6.41	.067	0.59	1.03

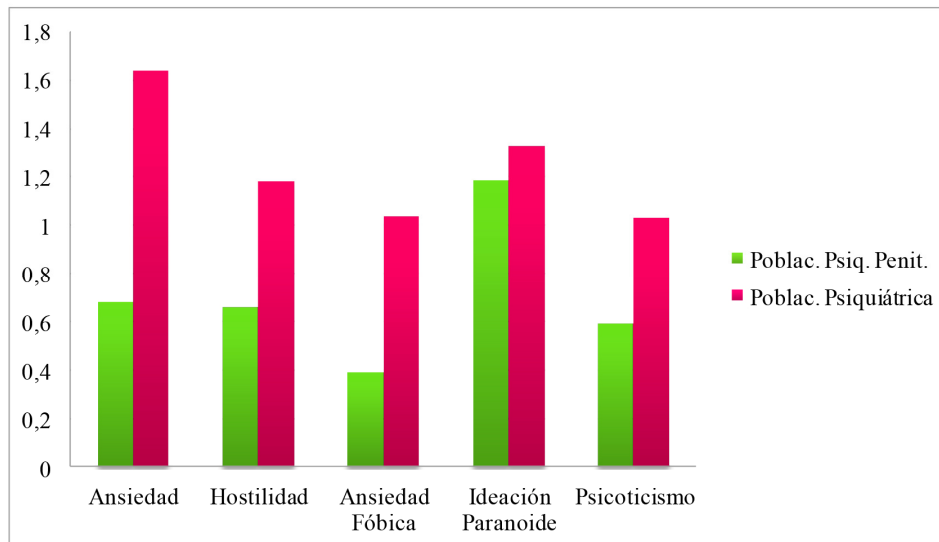
*Nota.*  $gl(79)$ ;  $M_{PPP}$  = Media de la Población Psiquiátrica Penitenciaria  $M_{PP}$  = Valor de prueba o contraste tomado de la Media de la Población Psiquiátrica.



**Figura 39**



**Figura 39 bis**



Los resultados de esta comparación muestran que la población psiquiátrica penitenciaria presenta menor sintomatología clínica en las dimensiones somatización, obsesivo compulsivo, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica y psicoticismo en relación a la población psiquiátrica (Figura 39 y 39 bis).

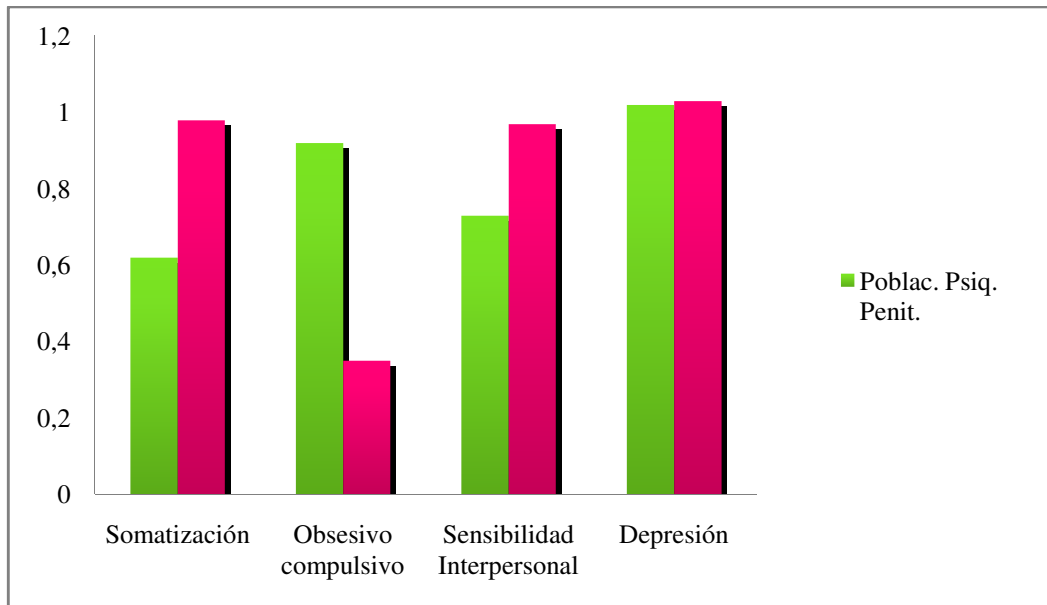
Finalmente, hemos realizado un análisis de comparación de medias entre la población estudiada (enfermos psiquiátricos internos en un centro de detención) con una muestra de una población penitenciaria (Tabla 64).

**Tabla 64. Contraste del estado clínico de los pacientes psiquiátricos internos con la población reclusa.**

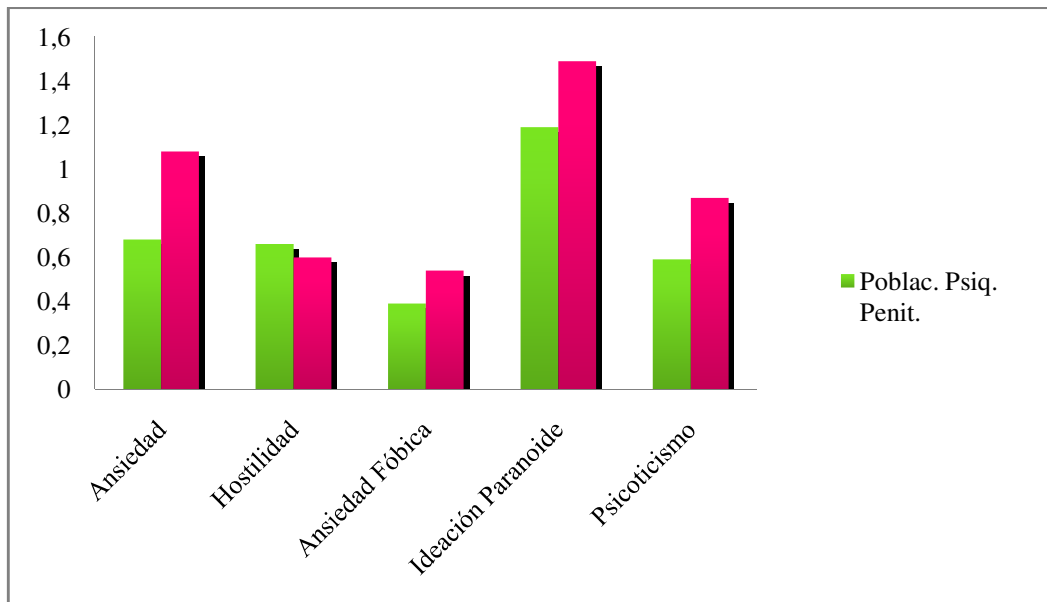
<b>Variables</b>	<b>t</b>	<b>p</b>	<b>MPPP</b>	<b>MPR</b>
Somatización	-5.51	.000	0.62	0.98
Obsesivo-Compulsivo	-5.63	.000	0.92	1.35
Sensibilidad Interpersonal	-3.58	.001	0.73	0.97
Depresión	-0.01	.995	1.02	1.03
Ansiedad	-5.59	.000	0.68	1.08
Hostilidad	0.66	.513	0.66	0.60
Ansiedad Fóbica	-2.54	.012	0.39	0.54
Ideación Paranoide	-3.20	.002	1.19	1.49
Psicoticismo	-4.04	.000	0.59	0.87

*Nota.*  $gl(79)$ ;  $M_{PPP}$  = Media de la Población Psiquiátrica Penitenciaria;  $M_{PR}$  = Valor de prueba o contraste tomado de la Media de la Población Reclusa.

**Figura 40**



**Figura 40 bis**



Los resultados muestran que la población psiquiátrica penitenciaria, presenta menor sintomatología clínica en las dimensiones somatización, obsesivo compulsivo, sensibilidad interpersonal, ansiedad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo, comparada con la población reclusa sin patología psiquiátrica. No se observaron diferencias en las dimensiones depresión y hostilidad (Figura 40 y 40 bis).

En lo que respecta al análisis de correlación realizado observamos, como es lógico, una correlación estadísticamente significativa entre las diferentes escalas básicas de evaluación del SCL-90 (Anexo 2).

También encontramos una correlación significativa entre el tipo de delito (variable agrupac. delito) y las siguientes escalas del SCL-90: depresión ( $P=0,003$ ), ansiedad ( $P=0,001$ ), hostilidad ( $P=0,007$ ), psicoticismo ( $P=0,005$ ), el Índice de Severidad Global (GSI) ( $P=0,004$ ), el Total de Síntomas Positivos (PST) ( $P=0,031$ ) y el Índice de Malestar Referido a Síntomas Positivos (PSDI) ( $P=0,001$ ).

Para analizar estas correlaciones hemos seleccionado cada una de las marcas de clase que componen la variable “tipo de delito” y la hemos convertido en variable dicotómica. Como datos más destacables reseñamos que la variable “homicidio” que representa a los individuos que se encuentran internos por haber cometido un homicidio o asesinato se correlaciona significativamente con las variables siguientes: depresión ( $P=0,005$ ), ansiedad ( $P=0,001$ ), hostilidad ( $P=0,001$ ), psicoticismo ( $P=0,002$ ), el Índice de Severidad Global (GSI) ( $P=0,002$ ) y el Índice de Malestar Referido a Síntomas Positivos (PSDI) ( $P=0,001$ ). La variable “delitos contra la propiedad” que incluye a los sujetos internos por haber cometido un delito de este tipo se correlaciona de forma significativa con la variable ansiedad ( $P=0,047$ ), ansiedad fóbica ( $P=0,013$ ), hostilidad ( $P=0,025$ ), ideación paranoide ( $P=0,044$ ), psicoticismo ( $P=0,013$ ), el Índice de Severidad Global (GSI) ( $P=0,034$ ) y el Índice de Malestar Referido a Síntomas Positivos (PSDI) ( $P=0,000$ ).

En lo que respecta a las escalas clínicas del MMPI-2 observamos una correlación estadísticamente significativa entre la variable “homicidio” y las escalas incoherencia ( $P=0,007$ ), F-Fb ( $P=0,031$ ), y F-K ( $P=0,020$ ).

Para finalizar hemos realizado un análisis de correlación entre las diferentes escalas de ambas pruebas administradas (SCL-90 y MMPI-2) (Anexo 2). Evidentemente, encontramos una correlación significativa entre diferentes de las escalas de ambas pruebas. Únicamente

destacamos las correlaciones observadas con la variable “simulación” del MMPI-2 que recoge a las puntuaciones obtenidas en las diferentes escalas relacionadas con su evaluación. Observamos una correlación significativa de esta variable con las siguientes: somatización ( $P=0,017$ ), obsesivo-compulsivo ( $P=0,000$ ), sensibilidad interpersonal ( $P=0,000$ ), depresión ( $P=0,001$ ), ansiedad ( $P=0,000$ ), hostilidad ( $P=0,005$ ), ansiedad fóbica ( $P=0,000$ ), ideación paranoide ( $P=0,028$ ), psicoticismo ( $P=0,001$ ), índice de severidad global ( $P=0,000$ ) total de síntomas positivos ( $P=0,003$ ) y malestar referido a síntomas positivos ( $P=0,025$ ).



# **CAPÍTULO XII**

## **DISCUSIÓN**





Los ordenamientos jurídicos establecen, junto a las normas penales dirigidas a sancionar el delito, diferentes medidas de seguridad, que se aplican en sustitución de una pena o conjuntamente con ella, a ciertos individuos (inimputables), autores de un hecho previsto como infracción criminal, que, por sus especiales características personales, son susceptibles de un tratamiento terapéutico o reeducador. La medida de seguridad ocupa un doble espacio con respecto a la pena: a) en determinados casos es necesaria como sustitutiva de esta; b) también puede ser impuesta conjuntamente, en aquellas situaciones en las que aparte de la culpabilidad se dé también una peligrosidad relevante del autor del delito y siempre que la forma de ejecución de la pena no pueda cumplir una buena función preventiva.

Una de las medidas de seguridad privativas de libertad comprendidas en el ordenamiento jurídico español es el internamiento en un centro psiquiátrico, que cumple, además de funciones terapéuticas, una finalidad asegurativa y defensiva. También hay que añadir que todo establecimiento penitenciario, en general, y el hospital psiquiátrico penitenciario, en particular, ofrece una oportunidad única para la atención preventiva y la atención crónica en una población que presenta elevadas tasas de vulnerabilidad.

El hospital psiquiátrico penitenciario desarrolla una función más, ya que, aparte de ser un centro de diagnóstico y asistencial para sujetos inimputables y para internados cuya descompensación psíquica no se pueda atender en un centro penitenciario ordinario (art. 60 CP)<sup>442</sup>, se configura como centro de cumplimiento de medidas de seguridad, como anteriormente hemos adelantado. Por otra parte, también hemos de tener en cuenta la existencia de sujetos imputables, que en el transcurso del cumplimiento de su pena privativa

---

<sup>442</sup> Art. 60.1. 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 de las previstas en este Código que no podrá ser, en ningún caso, más gravosa que la pena sustituida. Si se tratase de una pena de distinta naturaleza, el Juez de Vigilancia Penitenciaria apreciará si la situación del penado le permite conocer el sentido de la pena y, en su caso, suspenderá la ejecución imponiendo las medidas de seguridad que estime necesarias. El Juez de Vigilancia comunicará al ministerio fiscal, con suficiente antelación, la próxima extinción de la pena o medida de seguridad impuesta, a efectos de lo previsto por la disposición adicional primera de este Código. 2. Restablecida la salud mental del penado, éste cumplirá la sentencia si la pena no hubiere prescrito, sin perjuicio de que el Juez o Tribunal, por razones de equidad, pueda dar por extinguida la condena o reducir su duración, en la medida en que el cumplimiento de la pena resulte innecesario o contraproducente.

de libertad padecen un trastorno mental grave, que puede conllevar la suspensión de la ejecución de la pena y la aplicación de una medida de seguridad de internamiento. Finalmente, tampoco debemos olvidar que hay enfermos mentales judiciales en los hospitales psiquiátricos no penitenciarios, si bien en número mucho menor, y aunque la patología puede ser igual de grave, la criminalidad, salvo en casos muy concretos, suele tener menor repercusión social, por las propias características del hecho y del individuo que lo comete, así como por su menor impacto mediático.

Como hemos comentado anteriormente, las previsiones de cumplimiento de medidas de seguridad privativas de libertad en centros penitenciarios ordinarios se recogen en los arts. 8.1 de la LOGP y en el art. 12 del Reglamento Penitenciario. Concretamente, el art. 8.1 LOGP establece que en los establecimientos de preventivos “también podrán cumplirse penas y medidas privativas de libertad cuando el internamiento efectivo pendiente no exceda de seis meses”. Por su parte, el art. 12 RP prevé la posibilidad de “establecimientos polivalentes”, es decir, establecimientos que cumplen los diversos fines previstos en los arts. 7 a 11 LOGP. Ello permitiría, en principio, la estancia de sujetos sometidos a medidas de seguridad privativas de libertad superiores a seis meses en dichos establecimientos, siempre que ello tuviera lugar en Unidades Psiquiátricas Penitenciarias (art. 183 RP) dotadas de medios materiales y personales adecuados, para garantizar a los pacientes ingresados una asistencia equivalente a la que se da en el ámbito extrapenitenciario<sup>443</sup>.

Recordemos también que el art. 101.1 CP dispone que la medida de internamiento para tratamiento médico de los declarados exentos de responsabilidad criminal ha de cumplirse en un “establecimiento adecuado al tipo de anomalía o alteración psíquica que se aprecie”, por lo que no existe previsión normativa alguna para que la estancia de pacientes reclusos sometidos a medidas privativas de libertad se lleve a cabo en “centros ordinarios”, dado que no “podrá ejecutarse pena ni medida de seguridad en otra forma que la prescrita por la ley y reglamentos que la desarrollan, ni con otras circunstancias o accidentes que los expresados en su texto” (art. 3.2 CP).

---

<sup>443</sup> LOPEZ LOPEZ, A. “El enfermo mental y la legislación penitenciaria. Psiquiatría Penitenciaria, perspectiva histórica y actual”, en DELGADO BUENO, S., MAZA MARTIN, J. M. *Tratado de Medicina Legal y Ciencias Forenses*, Bosch, Barcelona, 2013, págs. 343-368.

Otra consideración a tener en cuenta, es que los centros ordinarios carecen del equipo multidisciplinar que menciona el art. 185.1 RP, y que permiten “garantizar un adecuado nivel de asistencia”. También existen otras importantes carencias que les inhabilitan para albergar a internados psiquiátricos, ya que carecen de Departamentos de agudos (el equivalente psiquiátrico-penitenciario a las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica de nuestros Hospitales generales) por lo que, ante brotes psicóticos de intensidad, los pacientes ingresados han de remitirse, con las dificultades que en ocasiones ello comporta, a las Unidades Hospitalarias Psiquiátricas de los Hospitales no penitenciarios de referencia.

Por todo ello, es el ámbito psiquiátrico penitenciario donde el tratamiento multidisciplinar al que se somete a los internados judiciales tiene su máxima expresión. Sin embargo, son varios los factores que distorsionan y pueden dificultar la actuación y los resultados que se esperan conseguir tras la implantación de las diferentes medidas. Entre ellos, hay que destacar la institucionalización, la masificación de los centros y el fenómeno de la globalización, consecuencia del incremento de internos de procedencia extranjera<sup>444</sup>.

Según hemos podido observar en el apartado de resultados, en la población que hemos estudiado se observan unas connotaciones negativas: la enfermedad mental y la conducta delictiva que implican altos niveles de marginación social. El debate sobre la custodia exclusiva del enfermo mental en centros psiquiátricos es una constante desde hace décadas y cada vez son más quienes abogan por nuevas vías de intervención tales como la vigilancia médica especializada<sup>445</sup>. El internamiento de un sujeto en un centro psiquiátrico penitenciario como consecuencia de la comisión de un hecho delictivo o bien cumple enteramente la medida impuesta o bien ve sustituida dicha medida privativa de libertad por otra (el llamado “tratamiento externo” a que alude el art. 96.3.11<sup>a</sup> CP) siempre que el juez o tribunal sentenciador siguiendo o rechazando la propuesta (al menos anual) elevada por el Juez de Vigilancia Penitenciaria, adopte en el curso de la aplicación de la medida de internamiento la decisión de sustituir la misma “por otra que estime más adecuada, entre las previstas para el

---

<sup>444</sup> En diciembre del año 2013, según los datos del Ministerio del Interior, el número de internos era de 66.765 (61.682 varones -92,39%- y 5.083 mujeres -7,61%) y de ellos 24.144 extranjeros (lo que representa el 36,16% del total).

<sup>445</sup> BARRIOS FLORES, L. F., “La Psiquiatría Penitenciaria: perspectiva histórica y problemas presentes”, *Sociedad Española de Psiquiatría Legal*, Edición III, 2003, págs. 17-30.

supuesto de que se trate” (art. 97.c CP). Así, el tratamiento externo constituye la alternativa más generalizada al internamiento psiquiátrico penal por razón de trastorno psíquico, alcoholismo o drogodependencia o por necesidades de educación especial. Al respecto, la STS 2ª, de fecha 12 de diciembre de 2001, señala que los internamientos “tienen carácter subsidiario respecto de las demás medidas que no consisten en privación de libertad”, ya que “si puede obtenerse un adecuado tratamiento de la peligrosidad sin acudir al internamiento, habrán de aplicarse alguna o algunas de las previstas en los arts. 105 a 108 CP)” Para que sea eficaz el tratamiento médico externo ha de incluir las tareas de rehabilitación y reinserción, como ya se dijo. Y requiere, básicamente, dos elementos: recursos en forma de redes y programas individualizados.

Para Torres González<sup>446</sup>, el tratamiento médico externo debe desarrollarse en un medio comunitario, en el ámbito de la Psiquiatría Comunitaria, como “antítesis con el hospital psiquiátrico”. El modelo de servicios de la Psiquiatría Comunitaria parte de la existencia de un conjunto mínimo de dispositivos de naturaleza sanitaria que forme una red comunitaria de dispositivos de salud mental que incluye Estructuras básicas de atención (Centro de Salud Mental o los equipos interdisciplinares de Salud Mental, la Unidad Psiquiátrica en el Hospital General, Hospital de Día), Estructuras de rehabilitación (Unidad de Rehabilitación Comunitaria, Unidad de Rehabilitación Hospitalaria) y Estructuras para grupos de población específicos, entre las que se encuentran las Unidades de Atención a Alcohol y Drogodependencias (de gran interés en un número importante de pacientes mentales delincuentes) y las Unidades Psicogerítricas (adecuadas para aquellos pacientes ancianos internos en los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios).

Para Barrios<sup>447</sup> ante el caso de brotes acontecidos durante la sumisión a tratamiento médico externo, lo procedente es la hospitalización en la correspondiente Unidad Psiquiátrica del Hospital General. Sin embargo, en caso de incumplimiento de la medida de seguridad (falta de adherencia al tratamiento, incumplimiento de las condiciones que siempre deben acompañar a esta medida de seguridad no privativa de libertad) lo procedente es un análisis del caso por parte de los especialistas y una serena reflexión en sede judicial acerca de los

---

<sup>446</sup> TORRES GONZÁLEZ, F. “Psiquiatría comunitaria”, en VALLEJO RUILOBA, J., LEAL CERCÓS, C. *Tratado de Psiquiatría, Ars Médica*, Barcelona, Vol. 2, 2005, págs. 2180-2191.

<sup>447</sup> BARRIOS FLORES, L. F., “La Psiquiatría Penitenciaria: perspectiva histórica y problemas presentes”, *Sociedad Española de Psiquiatría Legal*, Edición III, 2003, págs. 17-30.

motivos del “fracaso” y de las soluciones adoptables. Ante una evolución desfavorable (art. 97.c CP) la respuesta automática no tiene por qué ser el regreso al internamiento (que debe constituir el último recurso), ya que puede tener múltiples causas, que es preciso analizar por el equipo multidisciplinar que atiende al paciente.

Señalan Herrera y Hernández<sup>448</sup> que los servicios de salud mental comunitarios de la red sanitaria general no están siendo eficaces en el abordaje preventivo, asistencial ni rehabilitador de pacientes graves, sobre todo, en aquellos que viven en situaciones de pobreza, marginación o exclusión social. La consecuencia de esta situación es que “estas poblaciones, que tienen un alto riesgo de incurrir en comportamientos delictivos, puedan verse en la práctica sometidas a un trasvase en su asistencia, desde los espacios psiquiátricos normalizados al espacio institucional penitenciario, pasando previamente, en la mayoría de los casos, por el espacio social de la marginalidad”.

Como consecuencia de las importantes dificultades a que se enfrentan los pacientes excarcelados, para ser adecuadamente tratados en el ámbito comunitario, es frecuente la rehospitalización o reingreso de estos sujetos en centros de detención. Ante estos casos, debe desarrollarse el “tratamiento médico externo” y lo recomendable es la instauración de mecanismos tales como el compromiso del paciente, unido a un control del tribunal y el sometimiento a condiciones<sup>449</sup>. El modelo de tratamiento asertivo comunitario que propusieron Stein y Test<sup>450</sup>, que ya indagaron hace años sobre las ventajas del tratamiento en un entorno comunitario frente al tradicional tratamiento hospitalario, posee unas características que, en principio, permitiría su aplicación a un buen número de pacientes mentales de los hospitales psiquiátricos penitenciarios. La gran mayoría de delincuentes mentalmente enfermos, precisa de los elementos característicos propios del *case management*,

---

<sup>448</sup> HERRERA VALENCIA, R., HERNÁNDEZ MONSALVE, M. “I. Introducción. Pacientes mentales en prisión. Sufrimiento mental de los presos”, en HERNÁNDEZ MONSALVE, M. HERRERA VALENCIA, R. *La atención a la salud mental de la población reclusa, Asociación Española de Neuropsiquiatría*, Estudios, Madrid, 2003, pág. 22

<sup>449</sup> SWANSON, J. W., SWARTZ, M. S., GEORGE, L. K. “Interpreting the effectiveness of involuntary outpatient commitment: a conceptual model”, *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, Vol. 25, 1997, págs. 5-16/HOFFMAN, B. F. “The criminalization of the mentally ill”, *Canadian Journal of Psychiatry*, Vol. 1990, págs. 166-169/MILLER, R. D. “An update on involuntary civil commitment to outpatient treatment”, *Hospital and Community Psychiatry*, Vol. 43, 1992, págs. 79-81.

<sup>450</sup> STEIN, L. I., TEST, M. A. “An alternative to mental health hospital treatment. I. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation”, *Archives of General Psychiatry*, Vol. 37, 1980, págs. 392-397.

partiendo de la necesidad de asignación de un profesional que se haga cargo del cuidado del paciente, instaurándose un tratamiento individualizado, un seguimiento prácticamente continuo y una relación directa entre gestor y paciente. Además, todo tratamiento comunitario precisa el apoyo de los familiares del paciente.

Una cuestión que merece una reflexión es si el “Sistema Nacional de Salud” se encuentra en condiciones de asumir a un colectivo como el que nos ocupa en el seno de su red asistencial, sobre todo en el caso de pacientes que han protagonizado graves delitos, han creado elevada alarma social y cuyo pronóstico de peligrosidad futura es dudoso, lo que también, sin duda alguna, dificulta su regreso a la vida en comunidad. Un claro ejemplo lo tenemos en la reciente excarcelación de decenas de presos, la mayoría terroristas con numerosos asesinatos cometidos y otros muchos delincuentes comunes condenados por graves delitos de sangre, como consecuencia de la sentencia dictada por la Gran Sala del Tribunal Europeo de Derechos Humanos de Estrasburgo en el caso “Del Río Prada contra España”, en su recurso contra la Doctrina Parot, por la que el TS español modificó su jurisprudencia en lo concerniente a la redención de penas.

Las instituciones psiquiátricas de seguridad son, en la práctica, inevitables, pero también es verdad que son necesarias instituciones intermedias y, sobre todo, una red asistencial comunitaria que permita la reinserción social de los pacientes que han cometido delitos graves. Coincidimos con Barrios<sup>451</sup>, en el hecho de que si existen instituciones psiquiátricas de seguridad es porque el sistema ha fallado y en ocasiones autores de gravísimos delitos no lo habrían cometido si se hubiera detectado a tiempo su condición personal y si hubieran recibido el tratamiento que les correspondía, y al que además tenían derecho. En efecto, falla el sistema asistencial, sobre todo la red asistencial extrapenitenciaria, para asumir pacientes que ya han cumplido su medida de seguridad o que reúnen los requisitos para una eventual sustitución de su internamiento por la medida de tratamiento médico externo.

Pero también la red psiquiátrica penitenciaria presenta serias carencias: es muy reducida (Alicante, Sevilla y Barcelona), por lo que es fácil su saturación, la estructura

---

<sup>451</sup> BARRIOS, L. F., “Sobre la institución psiquiátrica penitenciaria”, *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 2007, Vol. 27, págs. 473-500.

organizativa presenta deficiencias y es escasa la dotación de personal especializado. Además, tiene un claro efecto negativo desde el punto de vista del desarraigo, ya que son muchos los pacientes que se encuentran a una elevada distancia de sus familiares (en el caso de mujeres, todas ellas se encuentran alojadas en el único Pabellón Psiquiátrico Penitenciario existente que es el Pabellón de Mujeres del Módulo 1 del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante), a pesar de que el art. 191.2 RP establece: “La Administración Penitenciaria procurará que la distribución territorial de las instalaciones psiquiátricas penitenciarias favorezca la rehabilitación de los enfermos a través del arraigo en su entorno familiar, mediante los correspondientes acuerdos y convenios con las Administraciones sanitarias competentes”.

Pero la situación de los enfermos mentales internos en centros de detención ordinarios no es tampoco la ideal. En los centros penitenciarios españoles, a excepción de los centros psiquiátricos penitenciarios de Alicante y Sevilla y de la unidad de hospitalización psiquiátrica penitenciaria de Cataluña (UHPP), la detección y tratamiento de los presos con patología mental recae fundamentalmente en los servicios médicos de Atención Primaria del centro, contando con el apoyo, generalmente a tiempo parcial, de médicos psiquiatras. Esta situación, teniendo en cuenta que las consultas psiquiátricas ocupan el segundo lugar, por detrás de odontología, en número de consultas de especialista es claramente insuficiente, por lo que es aconsejable una reorganización más eficiente en la atención integral de los internos con patología mental, desde el ámbito de los técnicos de los centros penitenciarios, hasta los jueces de vigilancia penitenciaria, que en una de sus resoluciones en el año 2008 abogaban por la creación de unidades psiquiátricas en los centros penitenciarios.

Arнау Peiró y otros autores<sup>452</sup> también destacan la dificultad de seguimiento de la patología psiquiátrica grave en prisión. En un estudio en el que valoran la consulta psiquiátrica de tres prisiones de la Comunidad Valenciana durante los años 2009, 2010 y 2011, refieren que el seguimiento de estos pacientes es escaso e insuficiente, contabilizándose una media de cuatro visitas por interno durante el año de seguimiento en los dos CP de Castellón y una media de 3,3 visitas por interno durante los dos años de seguimiento en CP

---

<sup>452</sup> ARNAU-PEIRÓ, F., GARCÍA-GUERRERO, J., HERRERO-MATÍAS, A., CASTELLANO-CERVERA, J. C., VERA-REMARTÍNEZ, E. J., JORGE-VIDAL, V., ARQUES-EGEA, S., IRANZO-TATAY, C. “Descripción de la consulta psiquiátrica en centros penitenciarios de la Comunidad Valenciana”, *Revista española de sanidad penitenciaria*, Barcelona, Vol.14, págs. 20- 31.

Valencia II. Este grado de seguimiento de un paciente con un trastorno psicótico es absolutamente insuficiente si se quiere asegurar la prestación de una atención psiquiátrica de calidad.

Además, una correcta asistencia de pacientes con patología mental en prisión es imposible sin la figura del psiquiatra consultor y en el ámbito de las jornadas laborales parciales que lleva a cabo este escaso colectivo de profesionales. Por ello, ante la incapacidad de la administración penitenciaria para solventar estas carencias, y en el ámbito de las transferencias de las competencias en materia de sanidad penitenciaria a las comunidades autónomas, una posible solución radicaría en la asunción real por parte de los servicios de salud mental autonómicos de la asistencia psiquiátrica en las prisiones.

Diversos estudios realizados en centros penitenciarios españoles demuestran que el perfil sociodemográfico de los internos que presentan un trastorno mental, es semejante al de la población de pacientes psicóticos de la comunidad y con una edad media superior a la de los delincuentes sanos<sup>453</sup>.

En nuestro estudio, la edad media de los sujetos estudiados es de 39,28 años  $\pm$  1,04 y un rango entre los 22 y los 77 años. Coincide con la edad media del total de la población reclusa en nuestro país, según datos de 2013, que es de 39 años.

Puede llamar la atención que en nuestra muestra haya sujetos con edades, que se pueden considerar elevadas. En concreto hay tres sujetos con más de 70 años. Al respecto, según un estudio de la Agrupación de los Cuerpos de la Administración de Instituciones Penitenciarias (ACAIP), sindicato mayoritario entre los funcionarios de Prisiones, se viene produciendo un importante incremento del internamiento de sujetos con edades consideradas como elevadas, que no se ha frenado ni con el descenso generalizado del número de internos registrado en los últimos años. Así, entre 2010 y 2013, los internos pasaron de ser

---

<sup>453</sup> CARMONA, J., HERNÁNDEZ, A., GUTIÉRREZ, C. Análisis de la demanda en el Centro Penitenciario de Jerez. Período 1990-2000: En: La atención a la salud mental de la población reclusa. Madrid : AEN Estudios/ 30 2003)/ESPINOSA, M., HERRERA, R. Análisis de la demanda y respuesta terapéutica en la relación asistencial establecida entre los centros penitenciarios Puerto-I y Puerto-II con el ESM Bahía en el período 1989-2000: En: La atención a la salud mental de la población reclusa. Madrid: AEN Estudios /30 2003.



73.088 a sólo 65.395 mientras que la cifra de sujetos recluidos con más de 60 años ha crecido desde los 1.813 a los más de 2.000 actuales. El porcentaje de presos mayores de 60 años frente al número total de internos se ha duplicado desde el año 2000. Así, a comienzos de siglo, representaban sólo el 1,32% de los 44.000 presos. En 2013, eran ya el 2,68% de los más de 65.000. Estos porcentajes son aún más elevados si se contemplan únicamente las cifras de reclusos penados, es decir, de aquellos que ya cumplen una condena. El porcentaje de sujetos con más de 60 años sobre los que ya recae una condena suponen el 3,25% del total de reos en esta situación. En el año 2000 sólo había 443, lo que representaba sólo un 1,26% de la población reclusa penada.

Paralelamente, se ha notado un fuerte descenso en el número de reclusos de 20 años o menos que cumplen condena. Así, mientras en el año 2000 eran 778, casi el doble que los internos mayores de 60 años registrados aquel año, en 2013 esta cifra se había reducido a 481. Los presos penados que tienen entre 18 y 20 años suponen hoy un residual 0,86% del total de la población reclusa.

Por lo que respecta al resto de variables sociobiográficas, predominan los individuos solteros (71,6%) y tan sólo el 8,8% tienen alguna relación sentimental que podemos considerar como estable (casados o con pareja). Otro dato también reseñable es que el 20,6% de los sujetos no tienen ningún tipo de vinculación familiar. No obstante, llama la atención que el 31,4% de la muestra tengan descendencia.

En lo que respecta al nivel educativo el 41,2% son analfabetos y el 45,1% han cursado sólo hasta los estudios primarios.

Se trata también de sujetos de bajo nivel socioeconómico ya que el 36,3% de los individuos no perciben ningún tipo de ingreso y el 40,2% lo perciben del mismo centro. Todos estos aspectos hay que tenerlos en cuenta para cuando estos sujetos sean puestos en libertad y se lleve a cabo la pretendida integración social del individuo, en el que confluyen su estigma de enfermo mental y el de exrecluso, lo que introduce serias dificultades para su incorporación a la comunidad.

El perfil sociobiográfico de los sujetos de nuestro estudio es coincidente con el de otros autores<sup>454</sup>. Por ejemplo, y por citar un estudio reciente, en enfermos mentales internos en centros de detención, Greenberg y otros autores<sup>455</sup> encuentran el perfil de varón, joven, sin estudios o con estudios primarios, desempleado, con antecedentes de conductas violentas y sin vinculación familiar alguna.

En los estudios de Carmona y Espinosa Herrera<sup>456</sup> se refiere que el 50% de los reclusos son solteros, viven solos o con su familia de origen y las víctimas de sus delitos suelen ser personas cercanas o familiares. Estos datos vienen referidos a delincuentes en centros ordinarios de cumplimiento, es decir, delincuentes con unas características diferentes a la muestra de nuestro estudio, a quienes les identifica una patología mental grave por la que se ha aplicado una medida de seguridad. En relación a la tipología delictiva, en los centros de cumplimiento el 64% de los enfermos cumplen condena por un delito de robo y el 11% por delitos contra la salud pública, siendo menor la proporción de delitos violentos entre los pacientes declarados inimputables por la Autoridad Judicial.

El tipo delictivo predominante es el asesinato (21,6%), seguido del robo con violencia o intimidación (17,6%), el homicidio (16,7%) y las lesiones (10,8%). Así, observamos que

---

<sup>454</sup> BONCZAR, T. P. "Prevalence of Imprisonment in the U.S. Population, 1974-2001", *Bureau of Justice Statistics Special Report*, Washington, 2003/ FISCHER, P. J. "Criminal activity among the homeless: A study of arrests in Baltimore", *Hospital and Community Psychiatry*, 1998, Vol. 39, págs. 46-51/FREEMAN, R. B. "Why do so many young American men commit crimes and what might we do about it?", *Journal of Economic Perspectives*, 1996, Vol. 10, págs. 25-42/LOCHNER, L., MORETTI, E. "The effect of education on crime: Evidence from prison inmates, arrests and self report", *The American Economic Review*, 2004, Vol. 94, págs. 155-189/HOLMES, W. C., SAMMEL, M. D. "Brief communication: Physical abuse of boys and possible associations with poor adult outcomes", *Annals of Internal Medicine*, 2005, Vol. 143, págs. 581-586/MCDANIELS-WILSON, C., BELKNAP, J. "The extensive sexual violation and sexual abuse histories of incarcerated women", *Violence Against Women*, 2008, Vol. 14, págs. 1090-1127/SNOW, D.A., BAKER, S.G., ANDERSON, L. "Criminality and homeless men: An empirical assessment", *Social Problems*, 1989, Vol. 36, págs. 532-549.

<sup>455</sup> GREENBERG, G., ROSENHECK, R. A., ERICKSON, S., STEFANOVICS, E., SWARTZ, M., KEEFE, R. S., STROUP, T. S. "Criminal Justice System Involvement among People with Schizophrenia", *Community Mental Health Journal*, 2011, Vol. 47, págs. 727-736.

<sup>456</sup> CARMONA, J., HERNÁNDEZ, A., GUTIÉRREZ, C. Análisis de la demanda en el Centro Penitenciario de Jerez. Período 1990-2000: En: La atención a la salud mental de la población reclusa. Madrid : AEN Estudios/ 30 2003/ESPINOSA, M., HERRERA, R. Análisis de la demanda y respuesta terapéutica en la relación asistencial establecida entre los centros penitenciarios Puerto-I y Puerto-II con el ESM Bahía en el período 1989-2000: En: La atención a la salud mental de la población reclusa. Madrid: AEN Estudios /30 2003;

destacan (58,8%) los delitos contra las personas. El 45,1% de los individuos tienen antecedentes delictivos y el 56,8% han tenido ingresos previos en otros centros penitenciarios, con un media de permanencia de  $28,06 \pm 3,02$  meses. En relación al tipo de delito principal que ha motivado el internamiento penitenciario, nuestros datos coinciden con los de investigaciones realizadas en la Cátedra de Medicina Legal de la Universidad de Murcia en el mismo centro hace unos años en el que se constató que los delitos más frecuentes que motivaron el ingreso fueron los delitos contra las personas y contra la propiedad, siendo entre los delitos contra las personas, los más frecuentes las agresiones por arma blanca, los parricidios y los homicidios<sup>457</sup>.

El diagnóstico psiquiátrico en nuestra muestra difiere según sea el expresado en la sentencia judicial dictada o sea el que se incluye en la historia clínica del individuo, tras su examen en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario. Predomina la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Se observa una discrepancia del 8,8% ya que en el análisis de las sentencias se recoge en el 59,8%, mientras que es del 51% tras el examen psiquiátrico. Tras la esquizofrenia el cuadro patológico más frecuente es el trastorno de la personalidad (24,5%) y le siguen los trastornos relacionados con sustancias (16,7%), coincidiendo de nuevo con los resultados obtenidos por Iñigo y otros autores<sup>458</sup>.

En este aspecto, hemos de tener en cuenta las características del centro y de los internos en el estudio realizado. Se trata de una institución psiquiátrica penitenciaria (y no un centro penitenciario ordinario) en el que ingresan sujetos a quienes, en función de la patología psiquiátrica que padecen, se aplican medidas de seguridad. Esta es la razón de que encontremos el elevado porcentaje de sujetos diagnosticados de esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, que alcanza el 51%. También es destacable el incremento de pacientes diagnosticados con trastorno de la personalidad, y en los que frecuentemente coincide el abuso de numerosas sustancias y cuadros psicóticos inducidos por dicho consumo. Según un estudio de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias sobre salud mental en el medio penitenciario, realizado en los centros penitenciarios españoles y publicado en 2006, el 13,5%

---

<sup>457</sup> IÑIGO, C., PÉREZ CÁRCELES, M. D., OSUNA, E., CABRERO, E., LUNA, A. "Perfil clínico y delictivo de los enfermos ingresados en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante", *Revista Española Sanidad Penitenciaria*, 1999, Vol. 2, págs. 25-31.

<sup>458</sup> IÑIGO, C., PÉREZ CÁRCELES, M. D., OSUNA, E., CABRERO, E., LUNA, A. "Perfil clínico y...", ob cit., págs. 25-31.

de los reclusos tiene un diagnóstico psiquiátrico sin consumo de drogas, el 12,1% tiene diagnóstico de patología dual y el 24% tiene acreditado el consumo de drogas.

No obstante, en España todavía son escasos los trabajos que estudian la prevalencia de enfermedad mental en los centros penitenciarios. Destaca la reciente publicación de Vicens y otros autores<sup>459</sup> que analizan 707 reclusos con tasas de un 76,2% de trastorno por uso de sustancias, un 45,3% de trastornos de ansiedad, un 41% de trastornos del humor y un 10,7% de trastornos psicóticos.

En nuestra muestra de estudio, el 13,7% de los sujetos (N=14) han tenido ingresos previos en algún Hospital psiquiátrico penitenciario de los existentes en España, con una duración media de permanencia de  $29,57 \pm 7,01$  meses. El 7,8% (8 sujetos) ha tenido ingresos previos en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante. El 30,4% de los sujetos presentan antecedentes de enfermedad mental en uno de los progenitores. Numerosos autores coinciden en el hecho de que patrones de conflictividad familiar, como es la existencia de antecedentes psicopatológicos tienen una gran relación con la patología psiquiátrica y la historia delictiva del individuo. Los hogares con padres violentos pueden ser determinantes en la conformación de una personalidad delictiva<sup>460</sup>. A la vista de nuestros resultados extraemos que el perfil del interno es varón (91,2%) con una edad media de 39,28 años, soltero (71,6%), con estudios primarios (45,1%) o analfabetos (41,2%), enfermo de esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (51,0%), con antecedentes psiquiátricos (81,4%) e ingresos previos en un hospital psiquiátrico (58,8%), condenados por haber cometido un homicidio o asesinato (38,2%) y a quienes se aplica el art. 20.1 del CP (eximente completa por anomalía o alteración psíquica) (64,7%). También hay que destacar que en el 27,5% de los casos hay antecedentes de policonsumo (más de cuatro sustancias tóxicas).

---

<sup>459</sup> VICENS, E., TORT, V., DUEÑAS, R. M., MURO, A., PÉREZ-ARNAU, F., ARROYO, J. M. "The prevalence of mental disorders in Spanish prisons", *Criminal Behavior Mental Health*, 2011, Vol. 21, págs. 321-332.

<sup>460</sup> DUTTON, D. G., HART, S. D. "Risk markers for family violence in a federally incarcerated population", *International Journal of Law and Psychiatry*, 1992, Vol. 15, págs. 101-112/OSUNA, E., LUNA, A. "Family conflictivity and social maladjustment", *Medical and Law*, 1988, Vol. 7, págs. 371-376.

Como hemos comentado con anterioridad en el apartado de introducción, la posible relación entre violencia y enfermedad mental que ha sido un tema estudiado desde décadas, es objeto de un constante debate analizándose desde diferentes puntos de vista<sup>461</sup>.

Estudios realizados en población carcelaria general demuestran de forma consistente que el riesgo de padecer un trastorno psiquiátrico o tener alteraciones relacionadas con el abuso de sustancias es sustancialmente mayor en detenidos que en la población general<sup>462</sup>.

Por otra parte, son numerosos los autores que demuestran la existencia de evidencias claras de asociación entre la enfermedad mental grave y la comisión de hechos delictivos<sup>463</sup>, así como con el consumo de sustancias<sup>464</sup>. Un estudio sobre la prevalencia de todas las alteraciones mentales en detenidos, realizado por el Departamento de Justicia de los Estados Unidos, señala que el 56% de los detenidos que dependen del Estado, el 45% de los prisioneros federales y el 64% de los internos en cárceles tienen algún problema de salud mental<sup>465</sup>. Para muchos autores la explicación a los elevados índices de encarcelamiento de las personas con enfermedades mentales graves se debe a la reducción del número de camas

---

<sup>461</sup> SHAW, J., APPLEBY, L., AMOS, T., MCDONNELL, R., HARRIS, C., MCCANN, K. "Mental disorder and clinical care in people convicted of homicide: national clinical survey", *BMJ*, 1999, Vol. 318, págs. 1240-1244/SHAW, J., HUNT, I. M., FLYNN, S., MEEHAN, J., ROBINSON, J., BICKLEY, H. "Rates of mental disorder in people convicted of homicide: national clinical survey", *British Journal Psychiatry*, 2006, Vol. 188, págs. 143-147/TAYLOR, P. J., GUNN, J. "Homicides by people with mental illness: myth and reality", *British Journal Psychiatry*, 1999, Vol. 174, págs.9-14/SWINSON, N., FLYNN, S. M., WHILE, D., ROSCOE, A., KAPUR, N., APPLEBY, L. "Trends in rates of mental illness in homicide perpetrators", *British Journal Psychiatry*, 2011, Vol. 198, págs.485-489.

<sup>462</sup> ARBOLEDA-FLOREZ, J. "Mental patients in prison". *World Psychiatry*, 2009, Vol. 8, págs. 187-189/ ANDERSEN, H. S. "Mental health in prison populations. A review – with special emphasis on a study of Danish prisoners on remand", *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2002, Vol. 110, págs. 5-59/ FAZEL, S., DANESH, J. "Serious mental disorder...", ob cit., págs. 545-550/FAZEL, S., BAINS, P., DOLL, H. "Substance abuse and dependence in prisoners: A systematic review", *Addiction*, 2006, Vol. 101, págs. 181-191/ BRUGHA, T., SINGLETON, N., MELZER, H., BEBBINGTON, T., FARRELL, M., JENKINS, R., COID, J., FRYERS, T., MELZER, D., LEWIS, G. "Psychosis in the community and in prisons: A report from the British National Survey of Psychiatric Morbidity", *The American Journal of Psychiatry*, 2005, Vol. 162, págs. 774-780.

<sup>463</sup> FAZEL, S., SEEWALD, K. "Severe mental illness in 33 588 prisoners worldwide: systematic review and meta-regression análisis", *British Journal Psychiatry*, 2012, Vol. 200, págs. 364-373.

<sup>464</sup> FAZEL, S., BAINS, P., DOLL, H. "Substance abuse and dependence in prisoners: A systematic review", *Addiction*, 2006, Vol. 101, págs. 181-191.

<sup>465</sup> JAMES, D. J., GLAZE, L. E. "Mental health problems of prison and jail inmates. Bureau of Justice Statistics", *U.S. Department of Justice. Office of Justice Programs*, 2006, págs. 1-12.

hospitalarias psiquiátricas, junto a la disminución de recursos de financiación de los programas de tratamiento comunitarios<sup>466</sup>.

Además, las carencias en la atención comunitaria integral pueden aumentar la frecuencia de conflictos legales y el consiguiente riesgo de detención por parte de la policía<sup>467</sup>. Por otra parte, la elevada tasa de encarcelamiento entre las personas con trastornos mentales es un fiel reflejo del papel que desarrolla el consumo de alcohol y otras drogas<sup>468</sup>. El abuso de sustancias está ligado a un mayor riesgo de ingreso en prisión, no sólo por el consumo en sí, sino porque aumenta el riesgo de conductas antisociales y comportamientos violentos en general, aparte de las específicas derivadas de la obtención de estas sustancias como son el tráfico de drogas o los delitos contra la propiedad<sup>469</sup>. Por estas razones, no queda

---

<sup>466</sup> ENGEL, R. S., SILVER, E. "Policing mentally disordered...", ob cit., págs. 225-252/JEMELKA, R., TRUPIN, E., CHILES, J. "The mentally ill in prisons: A review", *Hospital & Community Psychiatry*, 1989, Vol. 40, págs. 481-491/LAMB, H. R., WEINBERGER, L. E. "Persons with severe mental illness in jails and prisons: A review", *Psychiatric Services*, 1998, Vol. 49, págs. 483-492/WHITE, M., CHAFETZ, L., COLLINS-BRIDE, G., NICKENS, J. "History of arrest, incarceration and victimization in community-based severely mentally ill", *Journal of Community Health*, 2006, Vol. 31, págs. 123-135.

<sup>467</sup> ENGEL, R. S., SILVER, E. "Policing mentally disordered suspects: a reexamination of the criminalization hypothesis", *Criminology*, Vol. 39, págs. 225-252/SELLERS, C. L., SULLIVAN, C. J., VEYSEY, B. M., SHANE, J. M. "Responding to persons with mental illnesses: Police perspectives on specialized and traditional practices", *Behavioral Sciences and the Law*, 2005, Vol. 23, págs. 647-657.

<sup>468</sup> STEADMAN H, MULVEY E, MONAHAN J, ROBBINS PC, APPELBAUM PS, GRISSO T, ROTH LH, SILVER, E. "Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighborhoods", *Archives of General Psychiatry*, 1998, Vol. 55, págs. 393-401/SWARTZ, M. S., SWANSON, J. W., HIDAY, V. A., BORUM, R., WAGNER, H. R., BURNS, B. J. "Violence and severe mental illness: The effects of substance abuse and nonadherence to medication", *The American Journal of Psychiatry*, 1998, Vol. 155, págs. 226-231/MUNETZ, M. R., GRANDE, T. P., CHAMBERS, M. R. "The incarceration of individuals with severe mental disorders", *Community Mental Health*, 2001, Vol. 34, págs. 361-371/ERICKSON, S. K., ROSENHECK, R. A., TRESTMAN, R. L., FORD, J. D., DESAI, R. A. "Risk of incarceration between cohorts of veterans with and without mental illness discharged from inpatient units", *Psychiatric Services*, 2008, Vol. 59, págs. 178-183.

<sup>469</sup> GREENBERG, G., ROSENHECK, R. A., ERICKSON, S., STEFANOVICS, E., SWARTZ, M., KEEFE, R. S., MCEVO, Y., STROUP, T. S. "Criminal Justice System Involvement among People with Schizophrenia", *Community Mental Health Journal*, 2011, Vol. 47, págs. 727-736/SWARTZ, M. S., SWANSON, J. W., HIDAY, V. A., BORUM, R., WAGNER, H. R., BURNS, B. J. "Violence and severe mental illness: The effects of substance abuse and nonadherence to medication", *The American Journal of Psychiatry*, 1998, Vol. 155, págs. 226-231/WHITE, M., CHAFETZ, L., COLLINS-BRIDE, G., NICKENS, J. "History of arrest, incarceration and victimization in community-based severely mentally ill", *Journal of Community Health*, 2006, Vol. 31, págs. 123-135/BOLES, S. M., MIOTTO, K. "Substance abuse and violence: A review of the literature", *Aggression and Violent Behavior*, 2003, Vol. 8, págs. 155-174/GOLDSTEIN, P. J. "The drugs/violence nexus: A tripartite conceptual framework", *Journal of Drug Issues*, 1985, Vol. 39, págs. 143-174/FRENCH, M., FRENCH, M., MCCOLLISTER, K., ALEXANDRE, P. K., CHITWOOD, D. D., MCCOY, C. B. "Revolving roles in drug-related crime: Chronic drug users as victims and perpetrators", *Journal of Quantitative Criminology*, 2004, Vol.

totalmente claro si la enfermedad mental por sí sola incrementa el riesgo de ingreso en prisión o este riesgo es fruto de la asociación con el abuso de sustancias, que es más común en personas con trastornos psiquiátricos<sup>470</sup>.

En el ámbito clínico el mayor interés se ha centrado en la identificación de las variables relacionadas con la presencia de violencia en enfermedad mental y que constituyen el primer escalón que debemos considerar a la hora de un tratamiento terapéutico eficaz para prevenir la conducta violenta en estos individuos<sup>471</sup>.

Uno de las patologías más frecuentemente relacionadas con el fenómeno violento es la esquizofrenia, aun cuando muchos pacientes con esta patología no son violentos y la mayor parte de la violencia en la comunidad no es atribuible a este cuadro. No obstante, en la literatura científica son numerosos los estudios que indican que, efectivamente la enfermedad mental, y concretamente la esquizofrenia, puede ser un factor de riesgo para el desarrollo de una conducta violenta.

Hay estudios que señalan que este aumento parece estar relacionado con otros factores concomitantes, más que con trastornos derivados de la enfermedad en sí. Así, alguno de estos factores puede tener una relación intrínseca con la enfermedad (los ligados a la sintomatología), mientras que otros entran dentro del terreno de la comorbilidad (personalidad psicopática, abuso de sustancias tóxicas, abuso de alcohol) y otros son claramente extrínsecos (factores demográficos y sociales).

---

20, págs. 217-241/ANGLIN, M. D., SPECKART, G. "Narcotics use and crime: A multi-sample analysis", *Criminology*, 1998, Vol. 26, págs. 197-233.

<sup>470</sup> REGIER, D. A., FARMER, M. E., RAE, D. S., LOCKE, B. Z., KEITH, S. J., JUDD, L. J., GOODWIN, F. K. "Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study", *Journal of the American Medical Association*, 1990, Vol. 264, págs. 2511-2518/KESSLER, R. C., NELSON, C. B., MCGONAGLE, K. A., EDLUND, M. J., FRANK, R. G., LEAF, P. J. "The epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders: Implications for prevention and service utilization", *The American Journal of Orthopsychiatry*, 1996, Vol. 66, 1996, págs. 17-31.

<sup>471</sup> ARANGO, C., CALCEDO ORDOÑEZ, A., GONZÁLEZ-SALVADOR, T. "Violence in inpatients...", *ob cit.*, págs. 493-503.

Por ejemplo, el estado civil (soltero), la condición de desempleado, tener síntomas activos de la psicosis, y no aceptar el tratamiento, para muchos autores son factores favorecedores de la comisión de delitos violentos<sup>472</sup>.

Pera y Daillet<sup>473</sup> en un estudio realizado en enfermos mentales homicidas encuentran que la edad media de comisión del delito es de 31,64 años. También observa en su muestra que predominan los solteros (66,7%), desempleados (86,7%) y no escolarizados (70%). Este hecho demuestra los efectos del proceso patológico en el ámbito individual, social y profesional del individuo que en ocasiones conduce hacia la desestructuración familiar, académica y laboral.

El hecho de que en los trastornos psicóticos exista un riesgo incrementado para que se desarrolle la conducta violenta, ha sugerido a algunos autores que los síntomas psicóticos pueden ser un factor predisponente importante en la comisión de actos violentos<sup>474</sup>. También se ha podido observar que la coincidencia con el abuso de alcohol y otros tóxicos permite predecir de una manera muy notable un incremento en la conducta violenta. Otro tanto ocurre con la coexistencia de psicopatía y esquizofrenia. En este sentido, son numerosos los autores que refieren que el consumo de sustancias incrementa el riesgo de conductas violentas en pacientes con esquizofrenia<sup>475</sup>.

---

<sup>472</sup> ARSENEULT, L., MOFFIT, T. E., CASPI, A., TAYLOR, P. J., SILVA, P. A. "Mental disorders and violence in a total birth cohort: Results from the Dunedin Study", *Arch Gen Psychiatry*, 2000, Vol. 57, págs. 979-986/BRENNAN, P. A., MEDNICK, S. A., HODGINS, S. "Major mental disorders and criminal violence in a Danish birth cohort", *Arch Gen Psychiatry*, 2000, Vol. 57, págs. 494-500/MULLEN, P. E., BURGESS, P., WALLACE, C., PALMER, S., RUSCHENA, D. "Community care and criminal off ending in schizophrenia", *Lancet*, 2000, Vol. 355, págs. 614-617/MULLER-ISBERNER, R. "Criminality of mental ill patients in general psychiatry", *European Psychiatry*, 2000, Vol. 17, pág. 269.

<sup>473</sup> PERA, S. B., DAILLIET, A. "Homicide by mentally ill: clinical and criminological análisis", *Encephale*, 2005, págs. 539-549.

<sup>474</sup> JUGINGER, J., PARKS-LEVY, J., MCGUIRE, L. "Delusions an symptom-consistent violence", *Psychiatric Services*, 1998, Vol. 49, págs. 218-220/KRAKOWSKY, M., CZOBOR, P., CHOU, J. "Course of violence in patients with schizophrenia: relationship to clinical symptoms", *Schizophrenia Bulletin*, 1999, Vol. 25, págs. 505-517/LINK, B. G., STUEVE, A. "Psychotic symptoms and the violent/ illegal behavior of mental patients compared to community controls", *University of Chicago Press*, 1994, págs. 137-159/NOLAN, K. A., VOLAVKA, J., MOHR, P. "Psychopathy and violent behavior among patients with schizophrenia or schizoaffective disorder", *Psychiatric Services*, 1999, Vol. 50, págs. 787-792.

<sup>475</sup> ERKIRAN, M., OZÜNALAN, H., EVREN, C., AYTAÇLAR, S., KIRISCI, L., TARTER, R. "Substance abuse amplifies the risk for violence in schizophrenia spectrum disorder", *Addict Behavior*, 2006, Vol. 31, págs.



En nuestro estudio observamos una asociación estadísticamente significativa entre la variable “diagnóstico psiquiátrico” y el tipo de delito ( $P=0,006$ ). En este sentido, el 50% de los individuos cuyo diagnóstico es la esquizofrenia u otro trastorno psicótico se encuentran internos por haber cometido un homicidio o asesinato. En la misma línea, el 66,7% de los sujetos internos por homicidio o asesinato tiene un diagnóstico de esquizofrenia u otros trastornos psicóticos.

Para Richard-Devantoy y otros autores<sup>476</sup>, la relación entre esquizofrenia y homicidio es compleja y no puede reducirse a una simple relación causal. Tras un metanálisis realizado sobre 471 estudios seleccionados, estos autores encuentran que el homicidio cometido por un sujeto esquizofrénico se asocia a variables socio-demográficas (edad joven, varón, bajo estatus socioeconómico), antecedentes de violencia contra los demás, situación estresante (un evento estresante en el año inmediatamente anterior al homicidio) y factores clínicos de riesgo (síntomas psicóticos severos, psicosis no tratada de larga duración, mala adherencia a la medicación).

En comparación con la población general, el riesgo de cometer un homicidio se incrementa ocho veces en los esquizofrénicos con alteraciones derivadas del consumo de sustancias (principalmente alcohol) y dos veces en esquizofrénicos sin esta asociación. En el trabajo de Richard-Devantoy y colaboradores, antes referido, los autores clasifican a los pacientes esquizofrénicos según la edad a la que se inician las conductas antisociales. En los llamados “*early-starters*” (quienes la inician a una edad precoz), la violencia no es planificada, afecta generalmente a un conocido y no está necesariamente asociada a los síntomas esquizofrénicos. En estos individuos el abuso de sustancias tóxicas desempeña un papel importante en la comisión de conductas violentas, en general, y de homicidios, en particular, y además el riesgo de reincidencia es elevado. En los llamados “*late-starters*”, en quienes se inicia la conducta antisocial a edades tardías, la violencia está ligada a síntomas

---

1797-1805/PUTKONEN, A., KOTILAINEN, I., JOYAL, C. C., TIIHONEN, J. “Comorbid personality disorders and substance use disorders of mentally ill homicide offenders: A structured clinical study on dual and triple diagnosis”, *Schizophreny Bulletin*, 2004, Vol. 30, págs. 59-72.

<sup>476</sup> RICHARD-DEVANTOY, S., BOUYER-RICHARD, A. I., JOLLANT, F., MONDOLONI, A., VOYER, M., SENON, J. L. Homicide, schizophrénie et abus de substances : des liaisons dangereuses. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2013, Vol. 61, págs. 339-350.

psicóticos y suele ir dirigida a uno de los miembros de la familia. El riesgo de reincidencia es bajo y el desarrollo de violencia depende de que el individuo se encuentre o no bajo tratamiento.

También Hodgins y otros autores<sup>477</sup>, tras estudiar 248 pacientes varones con esquizofrenia o trastornos esquizoafectivos, encuentran que estos pacientes tienen un riesgo mayor de cometer conductas delictivas que el resto de la población.

Maghsoodloo y otros autores<sup>478</sup> realizaron un estudio prospectivo de casos y controles, mediante el que comparan las características de dos muestras de pacientes esquizofrénicos (una de pacientes penados y otra sin antecedentes penales). No encuentran diferencias en las características sociodemográficas y observan una mayor prevalencia de conductas antisociales en el grupo de pacientes esquizofrénicos penados. Así, el 86,6% tiene antecedentes delictivos y el 73,3% de estos pacientes cometieron su primer delito después de aparecer la enfermedad. La prevalencia de abuso de drogas es del 66,7% en el grupo de delincuentes, siendo del 36,7% en el grupo de esquizofrénicos no penados. Concluyen sobre la trascendencia que tiene que prestar especial atención a los pacientes esquizofrénicos que han cometido un delito, ya que el internamiento en un centro hospitalario o en un centro penitenciario de forma exclusiva no evita la comisión de delitos cuando finalicen su ingreso<sup>479</sup>. Es preciso abordar el tratamiento y la rehabilitación de todos los trastornos del individuo y de forma conjunta, teniendo también en cuenta, como posteriormente insistiremos, el seguimiento y la atención posterior del individuo.

La violencia en la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos también se relaciona con el número de hospitalizaciones anteriores, la falta de conciencia de enfermedad y el mal cumplimiento terapéutico. Estos factores pueden abordarse, y por tanto reducir la influencia

---

<sup>477</sup> HODGINS, S., TIIHONEN, Y., ROSS, D. "The consequences of conduct Disorder for males who develop schizophrenia: Associations with criminality, aggressive behavior, substance use, and psychiatric services", *Schizophr Res*, 2005, Vol. 15078, págs. 323-335.

<sup>478</sup> MAGHSOODLOO, S., GHODOUSI, A., KARIMZADEH, T. "The relationship of antisocial personality disorder and history of conduct disorder with crime incidence in schizophrenia", *J Res Med Sci*, 2012, págs. 566-571.

<sup>479</sup> FAZEL, S., BUXRUD, P., RUCHKIN, V., GRANN, M. "Homicide in discharged patients with schizophrenia and other psychoses: A national case-control study", *Schizophreny Res*, 2010, Vol.123, págs. 263-269.

sobre la conducta violenta, mediante la puesta en marcha de programas específicos para el tratamiento de los pacientes esquizofrénicos que incrementen la conciencia de enfermedad, controle los síntomas, prevenga la aparición de recaídas y transmita al paciente la necesidad de un correcto cumplimiento de la medicación. En suma, un tratamiento integral y adecuado, a través de programas clínicos de seguimiento de pacientes graves destinados a incrementar la conciencia de enfermedad, permite asegurar el cumplimiento del tratamiento y constituye uno de los elementos de mayor importancia en la prevención para la conducta violenta en la esquizofrenia.

En este sentido, otro aspecto a destacar de nuestro estudio es que el 35,3% de los individuos no tienen conciencia de enfermedad, lo que constituye un factor influyente sobre el éxito del tratamiento y consiguientemente sobre la recuperación del individuo. En efecto, la falta de conciencia de enfermedad produce con relativa frecuencia abandonos en el tratamiento, lo cual puede traducirse también, como consecuencia de su relación directa, en un incremento en el riesgo de violencia.

Otro punto ampliamente debatido es la hospitalización previa (lo que presume una existencia de síntomas agudos) como predictor de violencia en el esquizofrénico. Parece existir una mayor incidencia de violencia en pacientes con historia de hospitalizaciones previas que en los que nunca han sido hospitalizados. De hecho, se considera que el número de hospitalizaciones previas y la mayor estancia hospitalaria son los mejores predictores de violencia en el paciente esquizofrénico. En nuestro estudio, el 81,4% de los sujetos tienen antecedentes psiquiátricos previos y el 58,8% han sido ingresados con anterioridad en un hospital psiquiátrico, siendo el número medio de ingresos en el total de la muestra de  $2,50 \pm 0,25$ . Cuando nos referimos sólo al grupo de individuos que con anterioridad han sido ingresados, el número medio de ingresos asciende a  $4,25 \pm 0,24$ .

En el 30,4% de los casos los familiares del interno también tienen antecedentes psiquiátricos. En algún momento de su internamiento 34 individuos (33,3%) han tenido que ser ingresados en la unidad de agudos del Hospital psiquiátrico penitenciario, como consecuencia del agravamiento de su patología, la existencia de un brote, la necesidad de aislamiento o motivo disciplinario o regimental.

El consumo de sustancias tóxicas es, en muchos casos, el origen de la patología psiquiátrica y en otros coexiste con la patología psiquiátrica primaria. Un gran número de

autores señalan la relación entre enfermedad mental y el consumo de drogas y de éste con la comisión de delitos, demostrándose que el consumo de tóxicos aumenta el índice de criminalidad entre cuatro y seis veces y que el tipo de delito suele ser más violento<sup>480</sup>. En nuestro estudio tan sólo el 17,6% de los individuos no son consumidores de ningún tipo de sustancias. Por el contrario, el 27,5% de los sujetos son policonsumidores, siendo la sustancia más consumida el cannabis o sus derivados (73,5%). Le sigue el consumo de cocaína (64,7%), alcohol (36,27%) y heroína (20,5%).

En la muestra estudiada se expresa de forma clara una importante sinergia de potenciación negativa entre la enfermedad mental y la conducta delictiva. El enfermo mental recluido en los establecimientos psiquiátricos penitenciarios presenta una connotación más negativa que cualquier recluso violento, no sólo como consecuencia de su enfermedad, tradicional fuente de marginación, sino del marco jurídico-administrativo de su internamiento. Una atención sanitaria adecuada y una atención psiquiátrica específica son medidas terapéuticas que repercuten positivamente y de forma clara sobre el historial de conductas y la reincidencia delictiva tras su puesta en libertad<sup>481</sup>. Así pues, la colaboración entre el ámbito judicial y los recursos de salud mental en general y con las medidas de tratamiento del problema de salud mental, en particular, se convierte en un aspecto clave en el abordaje del binomio enfermedad mental- delincuencia para la piedra angular en la reinserción de estos individuos<sup>482</sup>.

---

<sup>480</sup> BUCKLEY, P., THOMPSON, P., WAY, L. "Substance abuse among patients with treatment-resistant schizophrenia: characteristics and implications for clozapine therapy", *American Journal Psychiatry*, 1994, Vol. 151, págs. 385-389/HARRISON, L. D. "Trends in illicit drug use in the United States: conflicting results from national surveys", *International Journal Addict*, 1992, Vol. 27, págs. 817-847.

<sup>481</sup> FRASER, A., MØLLER, L., VAN DEN BERGH, B. "The health of prisoners", *Lancet*, 2011, Vol. 377, págs. 2002/LOHNER, J., KONRAD, N. "Risk factors for self-injurious behaviour in custody: problems of definition and prediction", *International Journal Prison Health*, 2007, Vol. 3, págs. 135-161/PRATT, D., APPLEBY, L., PIPER, M., WEBB, R., SHAW, J. "Suicide in recently released prisoners: a case-control study", *Psychology Medical*, 2010, Vol. 40, págs. 827-835/ BIRD, S. M. "Changes in male suicides in Scottish prisons: 10-year study", *British Journal Psychiatry*, 2008, Vol. 192, págs. 446-449/ FAZEL, S., YU, R. "Psychotic disorders and repeat offending: systematic review and meta-analysis", *Schizophrenia Bulletin*, 2011, Vol. 37, págs. 800-810/BAILLARGEON, J., BINSWANGER, I. A., PENN, J. V., WILLIAMS, B. A., MURRAY, O. J. "Psychiatric disorders and repeat incarcerations: the revolving prison door", *American Journal Psychiatry*, 2009, Vol. 166, págs. 103-109.

<sup>482</sup> FAZEL, S., BAILLARGEON, J. "The health of prisoners", *Lancet*, 2011, Vol. 377, págs. 956-965/MORRISSEY, J. P., FAGAN, J. A., COCOZZA, J. J. "New models of collaboration between criminal justice and mental health systems", *American Journal Psychiatry*, 2009, Vol. 166, págs. 1211-1214.

El suicidio es una de las causas de muerte más comunes en el ámbito penitenciario<sup>483</sup>. Las instituciones penitenciarias son responsables en el ámbito de la protección de los individuos detenidos. Las noticias de suicidios en centros penitenciarios son, en muchas ocasiones, objeto de especial seguimiento por los medios informativos y tienen importantes repercusiones sobre la institución y sus responsables. A su vez, los intentos autolíticos por parte de los internos constituyen eventos estresantes para los funcionarios y otros presos que se enfrentan a él. En nuestro estudio el 31,4% de los sujetos se considera en riesgo de suicidio, como consecuencia de la patología que padece o de circunstancias predisponentes y/o precipitantes y el 4,9% de los sujetos han desarrollado algún intento autolítico. Una revisión realizada por Fazel y otros autores<sup>484</sup> sobre el suicidio en prisión destacan la importancia de los trastornos psiquiátricos y los problemas derivados del consumo de alcohol en el suicidio consumado, también demostrado en individuos tras su salida de la prisión<sup>485</sup>.

El reto para la prevención del suicidio es identificar a las personas más vulnerables, las circunstancias en la que se encuentran y llevar a cabo una intervención eficaz. En este sentido, los factores que interactúan para situar a un individuo en mayor riesgo de suicidio son socio-culturales, las condiciones psiquiátricas, biológicas y el estrés social<sup>486</sup>. Los sujetos detenidos tienen mayores tasas de suicidio que el resto de la población social<sup>487</sup>. En los detenidos en situación preventiva el intento de suicidio es alrededor de 7,5 veces superior que la población

---

<sup>483</sup> FAZEL, S., GRANN, M., KLING, B. "Prison suicide in 12 countries: an ecological study of 861 suicides during 2003-2007", *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. Vol. 2011 Vol. 46, págs. 191-195.

<sup>484</sup> FAZEL S, CARTWRIGHT J, NORMAN-NOTT A, HAWTON K. "Suicide in prisoners: a systematic review of risk factors". *J Clin Psychiatry*, 2008, Vol. 69, págs. 1721-1731.

<sup>485</sup> KARIMINIA A, LAW MG, BUTLER TG, LEVY MH, CORBEN SP, KALDOR JM, GRANT L. "Suicide risk among recently released prisoners in New South Wales, Australia.", *Med J Aust*. 2007, Vol. 187, págs. 387-390.

<sup>486</sup> WORLD HEALTH ORGANIZATION. Department of Mental Health and Substance Abuse. "Preventing suicide in jails and prisons". WHO and the International Association for Suicide Prevention. WHO Document Production Services, Geneva, Switzerland, 2007, págs. 1-28.

<sup>487</sup> FRUEHWALD, S., FROTTIER, P. Suicide in prison, *Lancet*, 2005, Vol. 366, págs. 1242-1244.

general<sup>488</sup>. Una de las cuestiones a tener en cuenta, es la permanencia o incluso el incremento de los factores de riesgo del sujeto después de su salida de la cárcel<sup>489</sup>, al poder encontrarse privado de importantes recursos, aparte del pobre apoyo social y familiar, los problemas emocionales del individuo y otros factores como un historial de intentos suicidas previos, el consumo de alcohol y de otras sustancias y la patología psiquiátrica, son variables que influyen entre los suicidios de presos<sup>490</sup>.

Diferentes estudios<sup>491</sup> demuestran una incidencia elevada de suicidio durante las primeras semanas tras la salida del centro penitenciario, considerando este período como de alto riesgo. Haglund y otros autores<sup>492</sup> encuentran una incidencia 18 veces superior en detenidos tras su salida de prisión que en la población general, particularmente durante las primeras cuatro semanas. En este sentido, la Estrategia Nacional de Prevención del Suicidio en Inglaterra incluye acciones diana sobre aquellos individuos que abandonan la prisión<sup>493</sup>, entre las que se encuentra un especial seguimiento social de estos sujetos, en los que el período de transición entre la vida en prisión y fuera de ella, se convierte en un período determinante y de especial vulnerabilidad<sup>494</sup>.

---

<sup>488</sup> JENKINS, R., BHUGRA, D., MELTZER, H., SINGLETON, N., BEBBINGTON, P., BRUGHA, T., COID, J., FARRELL, M., LEWIS, G., PATON, J. "Psychiatric and social aspects of suicidal behaviour in prisons", *Psychological Medicine*, 2005, Vol. 35, págs. 257-269.

<sup>489</sup> PRATT, D., APPLEBY, L., PIPER, M., WEBB, R., SHAW, J. "Suicide in recently...", ob cit., págs. 827-835.

<sup>490</sup> BLAAUW, E., WINKEL, F. W., KERKHOF, A. J. "Bullying and suicidal behaviour in jails", *Criminal Justice and Behaviour*, 2001, Vol. 28, págs. 279-299./HAGLUND, A., TIDEMALM, D., JOKINEN, J., LÅNGSTRÖM, N., LICHTENSTEIN, P., FAZEL, S., RUNESON, B. "Suicide After Release From Prison: A Population-Based Cohort Study From Sweden", *J Clin Psychiatry*, 2014, Vol. 75, págs. 1047-1053.

<sup>491</sup> KARIMINIA, A., LAW, M. G., BUTLER, T. G., "Suicide risk among...", ob cit., págs. 387-390/BINSWANGER, I. A., BLATCHFORD, P. J., LINDSAY, R. G., "Risk factors for all-cause, overdose and early deaths after release from prison in Washington state", *Drug Alcohol Depend*, 2011, Vol. 117, págs. 1-6.

<sup>492</sup> HAGLUND, A., TIDEMALM, D., JOKINEN, J., LÅNGSTRÖM, N., LICHTENSTEIN, P., FAZEL, S., RUNESON, B. "Suicide After Release From Prison: A Population-Based Cohort Study From Sweden", *J Clin Psychiatry*, 2014, Vol. 75, págs. 1047-1053.

<sup>493</sup> FAZEL, S., GRANN, M., KLING, B., "Prison suicide in 12 countries: an ecological study of 861 suicides during 2003–2007", *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2011, Vol. 46, págs. 191-195.

<sup>494</sup> BINSWANGER, I. A., NOWELS, C., CORSI, K. F., "Return to drug use and overdose after release from prison: a qualitative study of risk and protective factors", *Addict Sci Clin Pract*, 2012, Vol. 7, pág. 3.

En este aspecto, es necesario subrayar la necesidad de llevar a cabo un seguimiento clínico y esfuerzos preventivos para este grupo de alto riesgo, asignando los recursos adecuados que faciliten la transición a la vida fuera de la prisión. La involucración de los servicios de salud mental y de servicios sociales en el diseño de estrategias de prevención puede ser determinante para la prevención del suicidio, sobre todo durante las primeras cuatro semanas tras la salida de la institución.

Fazel y Seewald<sup>495</sup> destacan la necesidad de dotar de recursos a los servicios sociales y de salud y de canalizar a los delincuentes hacia estos servicios para evitar que los enfermos mentales terminen en la cárcel. Otras medidas a tener en cuenta son el traslado de enfermos con patologías mentales graves que se encuentran internos en centros de detención ordinarios hacia los hospitales psiquiátricos y la formación del personal penitenciario.

La estrategia tradicional, limitada a reaccionar frente a la delincuencia provocada por la enfermedad mental únicamente con medidas penales no es suficiente. Se deberían adoptar medidas con un enfoque más amplio, que tengan como objetivo minimizar e incluso suprimir aquellos factores individuales, familiares, sociales y culturales que la favorecen<sup>496</sup>. A su vez, es necesario establecer redes de recursos socio-sanitarios que incluyan programas alternativos a las medidas estrictamente terapéuticas que posibiliten la normalización social del enfermo mental y la integración social en la comunidad.

---

<sup>495</sup> FAZEL, S., SEEWALD, K. "Severe mental illness in 33 588 prisoners worldwide: systematic review and meta-regression análisis", *British J Psychiatry*, 2012, Vol. 200, págs. 364-373.

<sup>496</sup> IÑIGO, C., PÉREZ CÁRCELES, M. D., OSUNA, E., CABRERO, E., LUNA, A. "Perfil clínico y delictivo de los enfermos ingresados en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante", *Revista Española Sanidad Penitenciaria*, 1999, Vol. 2, págs. 25-31.

La asistencia postpenitenciaria en el ámbito psiquiátrico cubre a todos los reclusos una vez que obtengan la libertad sin ningún tipo de distinción. La LOGP dedica su título IV a regular estos aspectos<sup>497</sup>.

No obstante, en aquellas situaciones en las que el paciente haya finalizado la medida de seguridad y no se encuentre con capacidad para autogobernarse cabe la posibilidad de que el establecimiento penitenciario ponga en conocimiento de la jurisdicción civil esta circunstancia, a efectos de un eventual internamiento y la continuidad de tratamiento, atendiendo a lo dispuesto en el art. 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil<sup>498</sup>, en ausencia de otra medida terapéutica o de seguridad que pudiera ser más adecuada.

Durante los últimos años y dada las características de la población penitenciaria de nuestro país se viene desarrollando el Programa Marco de Atención Integral a Enfermos Mentales en Centros Penitenciarios (PAIEM) implementado por la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias en 2009. Este programa parte de la base de que la intervención en enfermos con trastornos mentales graves implica la concurrencia entre procesos complementarios: a) la recuperación, en sentido estricto, de la salud, b) la superación de los efectos negativos que en muchos casos concurren en pacientes mentales y c) la continuidad del tratamiento, cuidados y apoyo una vez el interno con trastorno mental abandona al centro penitenciario. Por consiguiente, los objetivos de la intervención con internos con enfermedad mental grave o crónica son: a) detectar, diagnosticar y tratar a todos los internos que sufran algún tipo de trastorno mental, b) mejorar la calidad de vida de los enfermos mentales, aumentando su autonomía personal y la adaptación al entorno y c) optimizar la reincorporación social y la derivación adecuada a un recurso socio-sanitario adecuado.

---

<sup>497</sup> En su art. 73 establece que todo sujeto que haya cumplido su pena y en el que haya extinguido su responsabilidad penal, debe ser plenamente reintegrado en el ejercicio de sus derechos como ciudadanos, sin ningún tipo de discriminación. En su art. 74 contempla la existencia de la Comisión de Asistencia Social, organismo dependiente de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias, encargada de prestar a los internos, a los liberados condicionales o definitivos y a los familiares de unos y otros la asistencia social necesaria. De una forma específica se refiere al tratamiento psiquiátrico “postpenitenciario” en el art. 185.2 del Reglamento Penitenciario garantizando “una asistencia social postpenitenciaria de carácter psiquiátrico”, y la integración en los programas de rehabilitación y en las estructuras intermedias existentes en el modelo comunitario de atención a la salud mental”.

<sup>498</sup> El Juez o Tribunal podrá acordar la detención o cualesquiera medidas privativas de libertad o restrictivas de derechos en los casos en que procedan conforme a las reglas generales de esta Ley. Las actuaciones que motiven la aplicación de estas medidas se contendrán en pieza separada.



La asistencia a estos sujetos comprende tres líneas de actuación: 1) detección, diagnóstico y tratamiento que conduzca a la estabilización de los enfermos; 2) elaboración del programa de rehabilitación y 3) reinserción social.

El programa asistencial es llevado a cabo por un “Equipo Multidisciplinar de Salud Mental” integrado por varios profesionales que serán tutores de uno o varios internos, y actuarán como profesionales de referencia para el paciente. Entre las funciones de este equipo se encuentran diseñar y ejecutar un Plan de reincorporación social, que tiene por objetivos: a) gestionar las posibles prestaciones socio-económicas a las que tuviera derecho el enfermo, b) impulsar el soporte familiar para facilitar la reinserción social, c) facilitar el contacto y compromiso con entidades y asociaciones cuyo objetivo sea la integración del enfermo mental en la sociedad, d) efectuar la derivación a un dispositivo socio-sanitario comunitario para todos los enfermos mentales que salgan en libertad, y e) efectuar, en su caso, la derivación a un dispositivo socio-sanitario comunitario para el cumplimiento de medidas de seguridad.

Como hemos comentado en el apartado de introducción de la presente Memoria Doctoral, una de las actuaciones más importantes y complejas de la peritación psicológica y psiquiátrica forense es el establecimiento de relaciones de causalidad psíquica entre el ser humano y sus acciones. Una de las características vinculadas sistemáticamente con la psicopatía es la mentira y, por extensión, la simulación. Este axioma aconseja someter nuestros datos a un estudio sobre posibles distorsiones en los mismos. A nivel clínico las personas no imputables por enfermedad mental incapacitante son fácilmente diagnosticadas, sin embargo, en el ámbito forense el diagnóstico es mucho más complejo ya que es obligado realizar un diagnóstico diferencial de simulación, no siendo suficiente concluir en términos de impresión o juicio clínico<sup>499</sup>. Para ello, se exige la aplicación de una técnica fiable, sustentada en evidencia científica, replicable y con una tasa de error conocida<sup>500</sup>.

---

<sup>499</sup> ROGERS, R. “Current status of clinical methods” en ROGERS, R. *Clinical assessment of malingering and deception*, New York, 2008, págs. 391-410.

<sup>500</sup> GRAHAM, J. R. *MMPI-2: Assessing personality and psychopathology*, 5ª ed., Oxford University Press, New York, 2011/ GREENE, R. L. *The MMPI-2/MMPI-2-RF: An interpretive manual*, 3ª ed., Allyn and Bacon, Boston, 2011/American Psychiatric Association *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, 2013, págs 84-93.

Las técnicas psicológicas que evalúan dimensiones de la personalidad, mediante una estrategia psicométrica en la que los sujetos deben autoevaluarse, y por tanto se sobreentiende que deben ser “sinceros”, se encuentran especialmente expuestas a correr el riesgo de ser contestadas de una forma singular atendiendo a la voluntariedad, la motivación e interés del sujeto, el cansancio y al fin que se persigue en su realización, el nivel de lectura tanto en su velocidad como en su comprensión, un vocabulario exiguo, un nivel de edad no apropiado, dar buena o mala imagen de sí mismo, contestar de forma inconsistente, aparecer como trastornado mental, disimular una enfermedad, etc., etc. Todo ello hace que tengamos que tomar un interés específico para que el protocolo que hemos recogido pueda gozar de la validez apropiada. Estamos hablando, como bien se puede entender de la fiabilidad y validez de un determinado protocolo y en ningún caso estamos haciendo referencia a ningún índice de fiabilidad o validez psicométrica de una determinada técnica, más propio de los análisis psicométricos y estadísticos.

Esta es la razón por la que, aparte de conocer la realidad clínica y criminológica de los sujetos de nuestra muestra, nos hemos planteado como objetivo, analizar el comportamiento de los indicadores de simulación y de disimulación, combinando la entrevista clínica y la instrumentación psicométrica, y aplicando dos pruebas de gran interés psicopatológico: el MMPI-2 que es el instrumento multiescala de amplio espectro mejor validado para explorar estilos de respuesta aleatorios, la simulación de psicopatología y la defensividad<sup>501</sup> y el Inventario de Síntomas de Derogatis-Revisado (Derogatis Symptom Checklist, Revised (SCL-90-R), que constituye una prueba de utilidad clínica en la evaluación de la salud mental y del diagnóstico diferencial de simulación.

Toda técnica que pretenda evaluar dimensiones de la personalidad debe tener presente la seguridad de que los datos que se aportan son fiables y válidos, por lo que el perfil obtenido del sujeto es adecuado a la realidad. Greene<sup>502</sup> denomina la minimización de los síntomas

---

<sup>501</sup> McDERMOTT, B. E. “Psychological testing and the assessment of malingering”, *Psychiatric Clinics of North America*, 2012, Vol. 35, págs. 855-876/ROGERS, R., SEWELL, K.W., MARTIN, M. A., VITACCO, M. J. “Detection of feigned mental disorders: A meta-analysis of the MMPI-2 and malingering”, *Assessment*, 2003, Vol. 10, págs. 160-177.

<sup>502</sup> GREENE, R. L. “Assessment of malingering and defensiveness on the MMPI-2” en ROGERS, R. *Clinical assessment of malingering and deception*, 3ª ed., Guilford, New York, 2008, págs. 159-181.

como “defensividad” ya que el individuo intenta “defenderse” para no aparecer como un enfermo con una patología determinada. La defensividad también se conoce con otros términos en la literatura científica: “fake/faking good” (fingirse bien), “underreporting” (minimizar la sintomatología) o “disimulation” (disimulación). La exageración de la sintomatología psicopatológica, la denomina, en términos generales, como “fingimiento” por cuanto el enfermo intenta aparentar estar más enfermo, o con una mayor severidad o gravedad de sus síntomas de lo que realmente son. En la literatura científica se utilizan otros términos: “fake/faking bad” (fingirse mal), “malingering” (fingimiento) u “overreporting” (exagerar la sintomatología).

Otro de los aspectos a tener en cuenta para detectar a los simuladores e invalidar el perfil es determinar la existencia de perfiles en el MMPI-2 de individuos que, deliberadamente, intentan ofrecer una buena o mala imagen de sí mismo. El individuo trata de presentarse a sí mismo de un modo favorable, convirtiéndose en una forma de defensividad ante “algo” que molesta, que no interesa o no se admite. Algunos autores lo denominan “Faking good” o “Fake good”. Cuando, por el contrario, el sujeto intenta ofrecer una mala imagen de sí mismo, podemos apreciar la existencia de una motivación personal por la que le interesa aparecer, intencionadamente, como enfermo, incapacitado, incompetente. Se denomina también en la literatura científica como “Faking bad” o “Fake bad”. Algunos autores lo identifican también por el término “malingering”.

En apartados anteriores hemos comentado que para el control de la validez de los protocolos, el MMPI-2 cuenta con cuatro escalas de validez estándar: la Escala de Interrogantes (?), la Escala K, la Escala F y la Escala L.

La puntuación en la Escala de interrogantes o de No-respuestas (que se obtiene de la suma del número de ítem dejados en blanco o respondidos a la vez como verdadero y falso), puede interpretarse como un indicador de simulación al ser resultado de una falta de cooperación con la evaluación, invalidándose, según la APA<sup>503</sup> en el DSM IV-R, un protocolo con 30 o más ítems no respondidos o con respuesta doble. Graham<sup>504</sup> advierte que este punto de corte es demasiado amplio, por lo que recomienda reducirlo a una puntuación  $\geq 10$ .

<sup>503</sup> AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4ª. ed. rev.), Masson. Barcelona. 2002.

<sup>504</sup> GRAHAM, J. R. “*MMPI-2: Assessing personality...*”, ob cit., pág. 116.

Nuestros resultados ponen de manifiesto que todos los internados psiquiátricos que cumplieron la prueba obtuvieron una puntuación inferior a 10 ( $Pd < 10$ ) por lo que todos los individuos encuestados colaboraron con la evaluación. Hay que destacar, tal y como se ha hecho en el apartado de resultados, que tampoco hemos encontrado ningún caso con un patrón de respuestas totalmente azaroso en VRIN ( $Pd \geq 18$ ), extremadamente aquiescente en TRIN ( $Pd \geq 18$ ) o de *outliers* en K ( $Pd > 26$ )<sup>505</sup>. Sin embargo, registramos una tasa del 52% de puntuaciones extremadamente elevadas ( $T_{70} + 5DE$ , i.e.,  $T \geq 120$ ) en F y del 25% en Fb, que si bien puede relacionarse con un perfil de respuestas al azar, también es un signo distintivo de pacientes severamente desorganizados y de psicosis floridas, que, recordemos, es el diagnóstico psiquiátrico de los sujetos de la muestra estudiada.

Hathaway y McKinley<sup>506</sup> desarrollaron las escalas K, L y F para analizar la presencia de actitudes invalidantes y proporcionar información no solo sobre la validez del test, sino también sobre la accesibilidad y franqueza del examinando y sobre la personalidad del sujeto.

La Escala K (factor corrector) se utiliza como escala de corrección para aumentar el poder discriminante de algunas escalas clínicas y nos permite valorar la actitud del sujeto frente a la evaluación. Para Graham<sup>507</sup>, una puntuación elevada ( $T \geq 65$ ) es propia, entre otras hipótesis, de defensividad, mientras que una puntuación baja ( $T < 40$ ) es útil a la hora de detectar a sujetos que fingen tener serias dificultades emocionales. En nuestro estudio, para el análisis de la simulación hemos escogido como punto de corte el valor  $\leq 5$  y obtenemos 7 casos.

La Escala L (Mentira), que fue concebida como un indicador de validez del grado en que el sujeto intenta falsear sus respuestas, seleccionando aquellas que lo sitúan en la posición social más favorable (disimulación), se compone de 15 ítems, todos puntuados en la dirección “falso”. Estos ítems se relacionan con conductas socialmente muy valoradas, pero que raramente son verdad en la mayoría de la población (lo normal es que responda a un promedio de 3,5 de estos ítems como falso), de tal modo que son asumidos por aquellos que quieren dar

---

<sup>505</sup> GREENE, R. L. “Assessment of malingering...”, ob cit., págs. 159-181.

<sup>506</sup> HATHAWAY, S. R., MCKINLEY, J. C. “A multiphasic personality...”, ob cit., págs. 334-337.

<sup>507</sup> GRAHAM, J. R. “MMPI-2: Assessing personality...”, ob cit., pág. 116.

una impresión inusualmente buena de sí mismos. En nuestro estudio tomando como punto de corte la puntuación  $\geq 7$  obtenemos 73 casos.

La Escala F (Incoherencia) se relaciona con 179 contenidos insólitos y extravagantes, experiencias raras, dificultad de concentración, temas religiosos, reacciones impulsivas o paranoides, trastornos somáticos o del sueño, esto es, características difícilmente aceptables por personas atentas, del tal modo que puntuaciones elevadas advierten de una posible simulación.

Según la revisión de distintos trabajos realizada por Greene<sup>508</sup>, la puntuación óptima de corte para la Escala F con la que se puede identificar, dentro de los ejemplos clínicos, a personas que son fingidores, tiene un rango variable según los diferentes autores, siendo de 17 para Graham y otros autores<sup>509</sup>, de 23 para Rogers y otros autores<sup>510</sup> y de 28 para Greene y otros autores<sup>511</sup>. En otros resultados obtenidos por Greene una puntuación de corte de 17 podría clasificar al 20% de los pacientes como fingidores, mientras que una puntuación de 28 clasificaría apenas al 5%.

Existen otras escalas de infrecuencia disponibles en el MMPI-2 que también pueden ser utilizadas para evaluar la consistencia de las respuestas. En este sentido, podemos referirnos a las escalas F y Fb o las más recientes como la escala de “Fake-Bad”<sup>512</sup> (FBS), la Escala Psiquiátrica F (F(p))<sup>513</sup>, y la Escala de Respuesta Inconsistente (IR)<sup>514</sup>. Un aspecto a tener en cuenta es que en el desarrollo de la prueba la motivación, la habilidad de los

<sup>508</sup> GREENE, R. L. “Assessment of malingering...”, ob cit., págs. 159-181.

<sup>509</sup> GRAHAM, J. R., TIMBROOK, R., BEN-PORATH, Y. S., BUTCHER, J. N. “Code-type congruence between MMPI and MMPI-2: Separating fact from artifact”, *Journal of Personality Assessment*, vol. 57, 1991, págs. 205-215.

<sup>510</sup> ROGERS, R., BAGBY, R., CHAKRABORTY, D. “Feigning schizophrenic disorders on the MMPI-2. Detection of coached simulator”, *Journal of Personality Assessment*, Vol. 60, 1993, págs. 215-226.

<sup>511</sup> GREENE, R. L. “Assessment of malingering...”, ob cit., págs. 159-181.

<sup>512</sup> LESS-HALEY, P. R., ENGLISH, L. T. GLENN, W. T. “A fake-bad scale on the MMPI-2 for personal injury claimants”, *Psychological Reports*, Vol. 68, 1991, págs. 203-310.

<sup>513</sup> ARBISI, P. A., BEN-PORATH, Y. S. “On MMPI-2 infrequent response scale for use with psychopathological populations: The Infrequent Psychopathology Scale F(p)”, *Psychological Assessment*, Vol. 7, 1995, págs. 424-431.

<sup>514</sup> SEWELL, K. W., ROGERS, R. “Response consistency and the MMPI-2: Development of a simplified screening scale”, *Assessment*, Vol. 1, 1994, págs. 293-299.

individuos para mantener la atención y la concentración pueden variar a lo largo de la prueba. Así pues, el cansancio puede repercutir en la capacidad de atención del sujeto para completar la prueba de manera adecuada. Sin embargo, en nuestro estudio hemos procedido a supervisar en todo momento que las condiciones en las que nuestro sujetos realizaban la prueba eran las idóneas, dentro de las circunstancias que se dan en esta población, y ante síntomas de cansancio se procedía a suspender la realización de la prueba y se dejaba transcurrir el tiempo necesario.

El índice F-K de Gough<sup>515</sup> que combina dos de las tres escalas tradicionales de validez se ideó para diferenciar entre perfiles atípicos y aquellos que presentan alteraciones psiquiátricas importantes. Este índice muestra una gran utilidad para detectar a los individuos simuladores, especialmente a los que intentan exagerar la sintomatología psicopatológica. Las puntuaciones F-K muy elevadas indicarían también casos psicóticos graves y las muy bajas (negativas) podrían indicar tendencias acusadamente rígidas y defensivas en los sujetos. Además, permite detectar y desechar los protocolos que no son válidos, siendo utilizado algunas veces como una medida de respuesta o de exageración de síntomas. Gough propuso utilizar la diferencia entre las puntuaciones directas F y K (F-K) de forma que, si el resultado es positivo y mayor de nueve (+ 9) indicaría fingimiento en el sentido de ofrecer una “mala imagen”, mientras que si es negativo y menor de nueve (- 9), indicaría la tendencia a ofrecer una “buena imagen” de sí mismo, como estrategia de la defensividad del sujeto. Si la puntuación se encontraba entre los valores 0 a 9, el perfil era considerado como válido. En nuestro estudio, hemos seleccionado la puntuación 17 como punto de corte y con una F-K  $\geq 17$  obtenemos 94 casos. En nuestros resultados el índice F-K muestra un sesgo significativo de respuesta hacia la simulación de la población de internados psiquiátricos, con un tamaño del efecto grande.

Según resultados obtenidos por Greene<sup>516</sup> en las puntuaciones F-K, en los sujetos normales se obtienen puntuaciones medias cercanas a -12, mientras que los pacientes psiquiátricos obtienen puntuaciones medias de -4. Tomando como referencia las

---

<sup>515</sup> GOUGH, H. G. “The F minus dissimulation index for the MMPI”, *Journal of Consulting Psychology*, Vol. 14, 1950, págs. 408-413.

<sup>516</sup> *Ibidem* págs. 159-181.

puntuaciones de corte de Greene<sup>517</sup> y comprobando que se producía una alta proporción de “falsos positivos”, Gillis y otros autores<sup>518</sup> demostraron que F y F-K eran indicadores relativamente eficaces para distinguir a las personas que se fingen enfermas.

En la tendencia a ofrecer una “buena imagen”, destacan las elevaciones de L y K, con una puntuación baja en F, y los bajos niveles en todas las Escalas Clínicas. Sin embargo, cuando se intenta ofrecer una “mala imagen”, destaca una elevación en F y puntuaciones bajas en L y K, con elevaciones típicas en Sc (esquizofrenia) y Pa (paranoia). En el perfil de simulación, las puntuaciones son más moderadas, y aparecen picos en las escalas Depresión, Desviación psicopática, Paranoia y Esquizofrenia. Para la interpretación de los resultados también es importante incluir los valores de las escalas VRIN y TRIN.

La escala de Disimulación de Gough (Ds), inicialmente compuesta por 74 ítems, posteriormente reducida a 58 ítems y más adelante revisada (Ds-r)<sup>519</sup> y reducida a un total de 32 ítems muestra su utilidad para la evaluación del fingimiento<sup>520</sup>. Con una PD 38 en Ds, indicativa de fingimiento, obtendríamos que el 5% de los pacientes deberían ser clasificados como sujetos que han respondido de forma imprecisa.

Arbisi, y Ben-Porath<sup>521</sup> incorporaron una nueva escala de validez en el MMPI-2, para detectar a los simuladores, la Escala Psiquiátrica F(p), que ayuda a distinguir entre los pacientes psiquiátricos, aquellos que responden honestamente de los que intentan exagerar sus síntomas de forma intencionada. Se han realizado estudios con pacientes psiquiátricos que contestaron al MMPI-2 de forma estándar (honesta y sinceramente) frente a otro grupo que fue instruido para que respondieran al cuestionario exagerando sus síntomas, y encontraron

---

<sup>517</sup> GREENE, R. L. “Assessment of manlivering and defensiveness by objective personality inventories” en ROGERS, R. *Clinical assessment of malingering and deception*, Guildford Press, New York, 1988, págs. 123-158.

<sup>518</sup> GILLIS, J. R., ROGERS, R., DICKENS, S. E. “The detection of faking bad response styles on the MMPI, *Canadian Journal of Behavioural Science*, Vol. 22, 1990, págs. 408-416.

<sup>519</sup> GOUGH, H. G. “Some common misconceptions about neuroticism”, *Journal of Consulting Psychology*, Vol. 18, 1954, págs. 287-292.

<sup>520</sup> GOUGH, H. G. “Manual for the California Psychological Inventory”, Consulting Psychologists Press, California, pág. 119.

<sup>521</sup> ARBISI, P. A., BEN-PORATH, Y. S. “On MMPI-2 infrequent...”, ob cit., págs. 424-431/ARBISI, P. A. “Use of the MMPI-2 in personal injury and disability evaluations” en BUTCHER, J. N. *Practitioners handbook for the MMPI-2*, American Psychological Association, Washington, 1998, págs. 407-442.

que las puntuaciones superiores a 106T (para varones) y 113T (para mujeres) en la escala F(p) fueron identificativas de exageración de síntomas.

Finalmente, recordemos que el cuestionario MMPI-2 también posee diez escalas clínicas, que exploran distintos aspectos de la personalidad y los principales componentes de la psicopatología de la persona. Al respecto, nuestros resultados informan de impresión diagnóstica de caso clínico en hipocondriasis (preocupación excesiva por la salud), histeria de conversión (somatización), paranoia, psicastenia (obsesivo-compulsivo, ansiedad y estrés generalizados), esquizofrenia y depresión. Por el contrario, la población penitenciaria psiquiátrica no padece desviación psicopática (por ejemplo, antisocial), hipomanía (trastorno bipolar, maníaco) e introversión social (introversión, malestar general subjetivo, afecto negativo).

Así pues, en lo que respecta a los resultados obtenidos en los originales de validez, en el análisis de medias realizado se observa que los valores medios en las escalas L y K se sitúan dentro de la región de normalidad, mientras que en las escalas F y Fb se sitúan fuera y se apartan significativamente, y con un tamaño del efecto grande y moderado, respectivamente, de la normalidad en dirección a la simulación (considerándose como hipótesis alternativa, el padecimiento de daño severo, que es el caso que nos ocupa).

También hemos analizado otro índice resultante de las combinaciones de las escalas de validez estándar que muestran una utilidad en la detección de la simulación de trastornos. Nos referimos al perfil en “V invertida”. Puntuaciones en L y K por debajo de 50 y puntuaciones  $F > 80$  nos indica la presencia de exageración de síntomas<sup>522</sup>. Se observan en nuestro estudio 28 casos con estos resultados.

Como hemos comentado en el apartado de Introducción de la presente memoria, las escalas de infrecuencia (F y Fb) muestran su utilidad en la identificación de individuos que pretenden ofrecer una mala imagen, mediante la simulación o sobredimensión deliberada de síntomas psicopatológicos. Así, puntuaciones elevadas pueden relacionarse con estilos de respuestas inconsistentes, la presencia de psicopatología real, o patrones de defensividad,

---

<sup>522</sup> NICHOLSON, R. A., MOUTON, G. J., BAGBY, R. M., BUIS, T., PETERSON, S. A., BUIGAS, R. A. “Utility of MMPI-2 indicators of response distortion: receiver operating characteristic analysis”. *Psychological Assessment*, Vol. 9, 1997, págs. 471-479/JIMÉNEZ, F., SÁNCHEZ, G. *Evaluación psicológica forense. Contribución de las técnicas de Minnesota y Millon*. Salamanca: Amarú Ediciones. Salamanca. 2003.



infradimensionando las puntuaciones obtenidas en las escalas clínicas básicas. Por el contrario, puntuaciones bajas en F y Fb se asocian a la ausencia de psicopatología real, o a patrones de defensividad, infradimensionando las puntuaciones de las escalas clínicas básicas<sup>523</sup>.

Graham<sup>524</sup> afirma, de forma general que, siempre que la puntuación directa de la Escala F sea mayor que la puntuación directa de la escala K, debe considerarse la posibilidad de fingir una patología y cuanto mayor es la diferencia mayor es la probabilidad de fingir una mala imagen. A primera vista el perfil “fake bad” podría parecer similar al obtenido por una persona que padece realmente un trastorno, sin embargo la diferencia estriba en que la puntuación de la escala F, generalmente es más elevada para el perfil “fake bad”. El rango, comúnmente aceptado, de la puntuación T de la Escala F para personas diagnosticadas como psicóticos se encuentra entre 71 y 90, mientras que el perfil “fake bad” para la Escala F se encuentra por encima de 100T. Los perfiles típicos de la actitud de “fingirse bueno” (“faking good”) los muestra Graham con elevaciones en las escalas L y K y una puntuación, en la escala F, en el rango entre 40 y 50T. En las escalas clínicas observamos que el rango de puntuaciones se encuentra por debajo de la “franja de normalidad” o puntos de corte; es decir con una puntuación entre 30 y 50T, pero con las escalas Hy (Histeria), Mf (Masculinidad-feminidad) y Ma (hipomanía) algo más elevadas.

En algunas ocasiones se tiende a utilizar el índice F-K para identificar tanto los perfiles de “buena imagen” como los de “mala imagen”. Si la puntuación directa de F-K es negativa y elevada, es posible que el sujeto haya intentado ofrecer una actitud de buena imagen, se trata de un buen simulador y muestra una tendencia a la negación o encubrimiento de síntomas-defensividad. Para algunos autores<sup>525</sup> este indicador no es más eficaz que la escala F en la detección de la simulación y es suficientemente sensible en la detección de la exageración de síntomas. Sus elevaciones pueden ser explicadas al considerarse

---

<sup>523</sup> GREENE, R. L. “Malingering and defensiveness...”, ob cit., págs. 159-181.

<sup>524</sup> GRAHAM, J. R. “*MMPI-2: Assessing personality...*”, ob cit., pág. 116.

<sup>525</sup> BURY, A. S., BAGBY, R. M. “The detection of feigned uncoached and coached posttraumatic stress disorder with the MMPI-2 in a sample of workplace accident victims”, *Psychological Assessment*, Vol. 14, 2002, págs. 472-484/BUTCHER, J. N. “Assessing MMPI-2 profile validity” en KOECHER, G. P., NORCROSS, J. C., HILL S. S. *Psychologists’ desk reference*. 2ª ed., Oxford University Press, New York, 2005, págs. 128-132.

conjuntamente con la escala F Psicopatológica o F(p), sobre todo si las escalas VRIN y TRIN no se encuentran elevadas de forma significativa.

La consistencia en los resultados de la evaluación es una condición necesaria para que se pueda concluir tanto a nivel judicial<sup>526</sup> como en la prueba psicológico-judicial. Es por ello, por lo que la investigación sobre la aplicación de los protocolos del MMPI-2 al ámbito forense, requiere del análisis de las siguientes cuestiones: a) nulidad del protocolo, b) consistencia en las respuestas (por una tendencia de respuestas aquiescente, azarosa o cambio en el estilo de respuestas) y c) la validez del protocolo<sup>527</sup>. Vamos, por tanto, a ir dando respuesta a estos aspectos, de forma pormenorizada, y en función de los resultados que hemos obtenido:

a) Los resultados en el análisis del registro de contingencias en la Escala de No-Respuestas (?) ( $Pd < 10$ )<sup>528</sup> y en las escalas VRIN (inconsistencia de respuestas variables) ( $Pd = 18$ ), TRIN (inconsistencia de las respuestas verdadero) ( $Pd = 18$ ) o en la escala K (escala de corrección) ( $Pd > 26$ )<sup>529</sup> demuestran que los individuos colaboraron en el cumplimiento de la prueba y en la evaluación. El alto porcentaje de sujetos que obtienen puntuaciones muy elevadas en la escala F (incoherencia), más que como consecuencia de un perfil de respuestas al azar, en nuestra opinión es resultado de las características que poseen estos individuos (desorganizados y con patologías severas)<sup>530</sup>. Este hecho también se demuestra en la combinación entre F y Fb, mediante el índice F-Fb, donde en el 45,1% de los individuos de nuestra muestra de internados psiquiátricos, observamos puntuaciones elevadas ( $|F-Fb| = 19$ , criterio de Caldwell<sup>531</sup>) y que, además es siempre consecuencia de  $F > Fb$ , es decir, es el resultado de que la sintomatología psicótica positiva (F) prevalece sobre la depresiva (Fb). Por tanto, en nuestro estudio, se constata la colaboración de los sujetos en la prueba, que ningún protocolo fue respondido al azar y que los resultados en F, Fb y el índice

---

<sup>526</sup> STS de 8 de febrero de 1995, RJ 808; STS de 18 de noviembre, RJ 7987.

<sup>527</sup> ARCE, R., FARIÑA, F., CARBALLAL, A., NOVO, M. "Creación y validación...", ob cit., págs. 241-247/ARCE, R., FARIÑA, F., CARBALLAL, A., NOVO, M. "Evaluación del daño...", ob cit., págs. 278-283

<sup>528</sup> GRAHAM, J. R. "MMPI-2: Assessing personality...", ob cit., pág. 116.

<sup>529</sup> GREENE, R. L. "Malingering and defensiveness...", ob cit., págs. 159-181.

<sup>530</sup> GREENE, R. L. "The MMPI-2/MMPI-2-RF: An...", ob cit., pág. 120.

<sup>531</sup> GREENE, R. L. "Malingering and defensiveness...", ob cit., págs. 159-181.

F-Fb se muestran en consonancia con el diagnóstico clínico y la tipología de los individuos de esta población.

b) La segunda cuestión a tener en cuenta es la evaluación de la consistencia en las respuestas, tanto por una tendencia de respuesta aquiescente (TRIN), como por una tendencia de respuesta al azar (VRIN), así como el cambio en el estilo de respuesta (F-Fb).

Al respecto, los resultados obtenidos muestran que los valores medios en TRIN y VRIN se encuentran dentro de la región de normalidad y se apartan significativamente del criterio de inconsistencia, con una magnitud del efecto grande. Por ello, las respuestas de la población penitenciaria psiquiátrica estudiada se caracterizan por un patrón no-aquiescente y no-azaroso de respuestas.

En lo que respecta al cambio de estilo de respuesta de F a Fb, tal y como hemos constatado en el apartado de resultados, la proporción de casos observada resultó significativamente superior a la esperada y con una magnitud grande del tamaño del efecto. También evidenciamos una prevalencia significativamente mayor de cambio en el estilo de respuesta, por lo que nuestra muestra se caracteriza por un cambio de estilo de respuesta a lo largo de la evaluación.

c) Otra cuestión que hay que dirimir es el análisis de la validez del protocolo. Los resultados en los indicadores originales de validez muestran que los valores medios en las escalas L y K se sitúan dentro de la región de normalidad, en tanto en las escalas F y Fb se encuentran fuera y de forma significativa se apartan, y con un tamaño del efecto grande y moderado respectivamente, de la normalidad en dirección a la simulación (como hipótesis alternativa, estaría el padecimiento de daño severo, como ocurre en nuestra muestra de estudio). Finalmente, el índice F-K confirma un sesgo significativo de respuesta hacia la simulación.

Pasemos a continuación a analizar los indicadores adicionales del MMPI-2, que tal y como hemos comentado en un apartado anterior, se subdividen en: a) indicadores de simulación (escalas Fp, Ds, y FBS) y b) de disimulación (escalas S, Wsd, Esd y Od).

a) En las escalas Fp y Ds, la media es significativamente mayor que el punto de corte de sospecha de simulación con un tamaño del efecto grande, en tanto en FBS cae dentro de la región de normalidad. Finalmente, en todas las escalas de evaluación de disimulación la población de internados psiquiátricos puntúa dentro de la región de normalidad.

Al referirnos al patrón de clasificación, todos los indicadores de simulación presentan un porcentaje significativo de clasificación de los internados psiquiátricos como simuladores, mientras que cuando lo comparamos con una muestra de sujetos no psiquiátricos internos en un centro penitenciario (utilizada en nuestro estudio como contraste, tal y como hemos explicado en el apartado de material y métodos) sólo la Escala Ds presenta una tasa elevada de clasificación.

b) El estudio de la disimulación mediante las escalas adicionales (S, Wsd, Esd y Od) demuestra que la media de la población de sujetos internos psiquiátricos se sitúa en la región de normalidad. Sin embargo, en el estudio de casos en las escalas L, Wsd y Od se observa que los valores son significativamente elevados.

Del análisis de los resultados obtenidos, tras la aplicación del MMPI-2 en la muestra de internos en el hospital psiquiátrico penitenciario destacamos lo siguiente:

a) En lo que respecta a la invalidez total del protocolo, en las respuestas de los internados psiquiátricos no se observó ningún caso de outlier, ni de patrones de respuestas totalmente azarosos o extremadamente aquiescentes. Por tanto, los internados psiquiátricos, que estén en el momento de la evaluación en condiciones cognitivas para ser evaluados, pueden ser objeto de evaluación con este instrumento<sup>532</sup>.

b) En relación a la consistencia en las respuestas, los protocolos obtenidos son consistentes. Los resultados sostienen que las respuestas de los individuos que componen nuestra muestra de estudio no están sujetas a una tendencia sistemática de respuesta en la dirección verdadero o falso (TRIN). De manera complementaria, los internados psiquiátricos no presentan un patrón de respuestas azaroso (VRIN). Así mismo, las respuestas de personas

---

<sup>532</sup> GREENE, R. L. “*The MMPI-2/MMPI-2-RF: An...*”, ob cit., pág. 120.

instruidas para simular<sup>533</sup> y las poblaciones clínicas también son consistentes<sup>534</sup>. Sin embargo, las explicaciones a este hecho descansan en supuestos diferentes: el primero de ellos es que nos encontramos ante respuestas honestas en los internados psiquiátricos y poblaciones clínicas, y en segundo lugar, se basa en la asunción de una estrategia de respuesta sensible al contenido de los ítems en los simuladores, es decir, evalúan si el contenido es favorable o desfavorable para la simulación del perfil psicopatológico.

c) Los resultados obtenidos, atendiendo al índice F-Fb (F se sitúa en los 370 primeros ítems y Fb del 370 en adelante) muestran que en los internados psiquiátricos se constata un cambio significativo e incluso extremo en el estilo de respuesta a lo largo del test, lo que se sugiere como un indicador de inconsistencia. Sin embargo, este supuesto no se sustenta teóricamente, ni en la evidencia, ya que F y Fb miden constructos diferentes, de modo que no se puede deducir de la discrepancia entre ambos que el individuo haya cambiado el estilo de respuesta. Por un parte, puntuaciones muy elevadas en F informan de síntomas psicológicos muy severos, es decir, positivos (por ejemplo, alucinaciones, delirios) que, si bien son infrecuentes en la población clínica, no ocurre lo mismo en la clínica penitenciaria, ámbito en el que se desarrolla el presente estudio (los antecedentes, los diagnósticos psiquiátricos y las sentencias judiciales validan la presencia de estos síntomas); por otra parte, puntuaciones muy elevadas en Fb se relacionan con cogniciones depresivas, ideación suicida y síntomas relacionados.

En suma, el cambio en el estilo de respuesta no tiene porqué ser tal, al no evaluar lo mismo las escalas implicadas. Además, la evidencia empírica ha puesto de manifiesto que este índice requiere de la combinación con VRIN para ser efectivo en la detección de respuestas al azar. No obstante, VRIN validó todos los protocolos de la población de internados psiquiátricos. En todo caso, la validez incrementada de esta combinación es muy

---

<sup>533</sup> ARCE, R., PAMPILLON, M. C., FARIÑA, F. “Desarrollo y evaluación de un procedimiento empírico para la detección de la simulación de enajenación mental en el contexto legal”, *Anuario de Psicología*, Vol. 33, 2002, págs. 385-408/GREENE, R. L. ” Malingering and defensiveness on the MMPI-2”, en ROGERS, R. *Clinical assessment of malingering and deception*, 3ª ed., The Guilford Press, New York, 2008, págs. 159-181.

<sup>534</sup> PALMER, A., BORRÁS, C., PÉREZ-PAREJA, J., SESÉ, A., VILARIÑO, M. “Are patients with chronic pain and fibromyalgia correctly classified by MMPI-2 validity scales and indexes?”, *European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 2013, Vol. 5, págs. 123-129/PÉREZ-PAREJA, J., SESÉ, A., GONZÁLEZ-ORDI, H., PALMER, A. “Fibromyalgia and chronic pain: Are there discriminating patterns by using the Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2)?”, *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2010, Vol. 10, págs. 45-56.

reducida<sup>535</sup>. En conclusión, establecido que el cambio en el estilo de respuesta no implica inconsistencia y que se ha constatado en la población de internados psiquiátricos, pero no en simuladores, ni en la población clínica general, la verificación de dicho cambio es un indicador positivo de honestidad en las respuestas<sup>536</sup>.

d) Las escalas e índices de medida de la simulación (F, K, Fb, F-K, Fp, Ds y FBS), clasifican de forma significativamente alta como simuladores a los individuos de nuestra muestra (internados psiquiátricos), en contraste con la población clínica, y también en términos de medias poblacionales, con la excepción de las escalas FBS y K, cuya media se sitúa en la región de normalidad. Además, esta clasificación tiene un efecto acumulativo (moda=5).

En términos de las estrategias de simulación sugeridas, la familia F (F, Fb, F-K y Fp), a la que subyace la noción de que la simulación se relaciona con síntomas inusuales, especialmente psicóticos, es extremadamente sensible en esta población con tasas de clasificación de simulación que oscilan entre el 58,8% de Fb, el 92,0% de F-K, el 95,1% de Fp y el 100% de F. Concretamente, las escalas F, Fb y F-K sugieren la presencia de la estrategia de simulación de síntomas cuasi-raros y Fp de síntomas raros, es decir, síntomas infrecuentemente informados ( $P < 0.05$ ) por la población clínica y normativa, respectivamente. Sin embargo, estos síntomas, que aparecen en sus diagnósticos e historial psiquiátrico, serían, en este caso, indicadores de daño clínico severo, y no de simulación.

La Escala Ds, con la media en la región de simulación y una tasa de clasificación de simulación elevada de forma significativa, sugiere el uso de la estrategia de simulación “estereotipos erróneos”, es decir, asunción de síntomas que normalmente no padece la población clínica. Finalmente, las Escalas K (puntuaciones bajas indican exageración de problemas) y FBS (relacionada con simulación de daños personales), cuyas medias están dentro de la normalidad, también muestran tasas de clasificación de simulación significativas, pero de magnitud inferior a las anteriores. Sucintamente, con una menor o mayor probabilidad, todas las medidas de simulación presentan tasas de clasificación significativas en los internados psiquiátricos, como simuladores en condiciones de respuesta honestas, esto

---

<sup>535</sup> GREENE, R. L. “*The MMPI-2/MMPI-2-RF: An...*”, ob cit., pág.120.

<sup>536</sup> BUTCHER, J. N., DAHLSTROM, W. G., GRAHAM, J. R., TELLEGEN, A. M., KAEMMER, B. *MMPI-2: Manual for administration and scoring*, University of Minnesota Press, Minneapolis, 1989/GREENE, R. L. “Malingering and defensiveness...”, ob cit., págs. 159-181

es, serían falsos positivos (identificación de un sujeto honesto como simulador). Este efecto es, además, acumulativo. Por tanto, estas escalas e índices de evaluación de la simulación no son válidas para tal cometido en el contexto de los internados psiquiátricos.

e) En relación a las medidas de la disimulación, las medias observadas en nuestra muestra de internados psiquiátricos se encuentran dentro de la región de normalidad. Sin embargo, y de forma sorprendente, porque es contrario a la simulación (hipótesis a contrastar en este caso en la práctica forense) y al daño psicopatológico severo, las escalas L, Wsd y Od clasifican como disimuladores a nuestros sujetos, de forma significativa. Estas tres escalas de medida forman parte del factor “Manejo de la Impresión” del modelo de Paulhus, que engloba las medidas de la manipulación favorable y consciente de la imagen, frente al Autoengaño de Sobreajuste Positivo de naturaleza no consciente (escalas K, F-K, Esd y S).

El manejo de impresiones indica una tendencia a adaptar intencionalmente la imagen pública de uno mismo con objeto de obtener una visión favorable por parte de los demás. El autoengaño, por el contrario, se refiere a la tendencia no intencionada de describirse a uno mismo de un modo favorable y que se manifiesta en auto-descripciones sesgadas positivamente, pero en las que se cree honestamente. En este sentido, el manejo de impresiones es una manipulación voluntaria de la propia imagen para que los demás nos perciban de modo positivo, mientras que el auto-engaño no es una manipulación deliberada aunque pueda conducir a distorsiones en la percepción que los demás tienen de nosotros.

En nuestros resultados, los indicadores de disimulación de naturaleza consciente no se registran entre simuladores porque requieren intencionalidad en la distorsión de la respuesta, lo que entra en contradicción con la simulación<sup>537</sup>. Por ello, la detección de indicios de disimulación, cuya prevalencia está alrededor del 80%, sería, en consonancia con la técnica forense del Sistema de Evaluación Global, un criterio positivo de no simulación, validando el protocolo obtenido.

f) En lo que respecta a los indicadores originales y adicionales de validez, la versión comercial del MMPI-2 sólo incluye las escalas e índices originales de validez (L, F,

<sup>537</sup> GREENE, R. L. “*The MMPI-2/MMPI-2-RF: An...*”, ob cit., /ARCE, R., FARIÑA, F., CARBALLAL, A., NOVO, M. “Creación y validación de un protocolo de evaluación forense de las secuelas psicológicas de la violencia de género”, *Psicothema*, Vol. 21, 2009, págs. 241-247/ARCE, R., FARIÑA, F., CARBALLAL, A., NOVO, M. “Evaluación del daño...”, ob cit., págs. 278-283.

K, F-K, y Fb), por lo que el análisis de la simulación descansaría en F, K, Fb y F-K, en tanto la disimulación en L, K y F-K. Aun así, la hipótesis de simulación seguiría siendo fuertemente sugerida (100% de los casos en F; más del 90% en F-K y próximo al 60% en K), mientras que la disimulación sólo lo haría en L, ya que K y F-K no resultaron sensibles a la disimulación. Este hecho anularía la eficacia de la técnica forense resultante, ya que sigue sosteniendo la hipótesis de simulación, a la vez que se desvanece el valor de los indicadores de disimulación como criterio positivo: sólo L sería sensible a ésta, resultando en falta de consistencia inter-medidas (K y F-K no sensibles).

En nuestro estudio, tomando todos los indicadores, originales y adicionales, y al comparar nuestra muestra con la muestra de penados (no psiquiátricos) en segundo grado en fase de ingreso, ambas poblaciones son radicalmente diferentes a la luz de los indicadores de simulación: fuertemente presente en la población de internados psiquiátricos (moda=5) y fuertemente ausente en la de penados no psiquiátricos (moda=0). De este resultados, se puede derivar una técnica forense para discriminar entre ambas poblaciones, anulando, en línea con las demandas forenses, la probabilidad de falsos positivos (clasificación de respuestas honestas como simuladas).

g) En lo que respecta al estado mental de los internados psiquiátricos, la impresión diagnóstica más prevalente ( $p=1$ ) obtenida en las escalas clínicas básicas es la esquizofrenia y la primaria es ésta o la paranoide, siendo este hecho coincidente (validez convergente) con los diagnósticos, historiales psiquiátricos y sentencias judiciales que consideraron a estos individuos como no imputables por esquizofrenia o trastorno delirante paranoide.

Se observa que los perfiles responden a una configuración “psicótica en V”, es decir, puntuaciones extremadamente elevadas ( $T>80$ ) en esquizofrenia y paranoia y más bajas en psicastenia, propia de personas con trastornos del pensamiento, ideas delirantes y alucinaciones, psicopatología que los convierte en inimputables<sup>538</sup>. Así pues, la impresión diagnóstica primaria de un trastorno psicótico incapacitante proveniente del MMPI-2 es válida. La configuración hallada en “forma en V” (mayor elevación en hipocondría e histeria que en depresión), implica que la población de internados psiquiátricos convierte los

---

<sup>538</sup> ARCE, R., PAMPILLON, M. C., FARIÑA, F. “Desarrollo y evaluación de un procedimiento empírico para la detección de la simulación de enajenación mental en el contexto legal”, *Anuario de Psicología*, Vol. 33, 2002, págs. 385-408



problemas psicológicos en síntomas físicos, presenta cronicidad psicopatológica y resistencia al tratamiento (p.ej., minimización de los problemas, resistencia al cambio). Esta configuración, por la minimización de síntomas, se asocia con puntuaciones elevadas en las escalas de medida de la disimulación, especialmente en L.

h) Por último, en relación a la conducta antisocial, y atendiendo a los resultados obtenidos, la psicopatía (Escala Desviación Psicopática), entendida como un patrón permanente de comportamiento antisocial, no es una característica distintiva de la población de los internados psiquiátricos frente a otras poblaciones clínicas. Así pues, la relación entre conducta antisocial y delictiva con internados psiquiátricos es débil.

Los resultados de este estudio, en lo que respecta a la aplicación del MMPI-2, están sujetos a unas limitaciones, y son las siguientes:

Primera, los resultados no son generalizables a toda la población de internados psiquiátricos al no incluirse en el estudio aquellos con un deterioro cognoscitivo que les incapacitaba para la cumplimentación del MMPI-2. A este respecto ha de tenerse en cuenta que la semiología psiquiátrica se asocia con daño en las funciones neuropsicológicas, especialmente aquellas relacionadas con la memoria.

Segunda, la instrumentación psicométrica no tiene valor diagnóstico, sino que aporta impresiones diagnósticas, tanto a nivel de salud mental como para el diagnóstico diferencial de (di)simulación. El análisis forense ha de corroborar dichas impresiones en salud mental con la entrevista clínica, la observación y registro conductual u otras pruebas<sup>539</sup>. Para el diagnóstico de (di)simulación han de estudiarse otras hipótesis alternativas, requiriéndose para ello de una aproximación multimétodo<sup>540</sup>. en la que se añada a la instrumentación psicométrica la entrevista clínica y en el caso que nos ocupa, la clínico-forense<sup>541</sup>.

---

<sup>539</sup> SELLBOM, M., BEN-PORATH, Y. S., MCNULTY, J. L., ARBISI, P. A., GRAHAM, J. R. "Elevation differences between MMPI-2 clinical and restructured clinical (RC) scales: frequency, origins, and interpretative implications", *Assessment*, 2006, Vol. 13, págs. 430-441.

<sup>540</sup> ARBISI, P. A. "Use of the MMPI-2 in personal injury and disability evaluations" en BUTCHER, J. N. *Practitioners handbook for the MMPI-2*, American Psychological Association, Washington, 1998, págs. 407-442.

<sup>541</sup> VILARIÑO, M., ARCE, F., FARIÑA, F. "Forensic-clinical interview: Reliability and validity for the evaluation of psychological injury", *European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, Vol. 5, 2013, págs. 1-21.

Tercera, los resultados e inferencias no son generalizables a otros instrumentos diferentes al MMPI-2.

Cuarta, la significación y potencia estadísticas no implican validez para el contexto judicial<sup>542</sup>.

Los resultados obtenidos tras la aplicación del MMPI-2 a la muestra de internos en un hospital psiquiátrico penitenciario, en el ámbito de la detección de la simulación y disimulación, abren nuevas puertas a investigaciones futuras. Un ejemplo de lo expuesto, es la necesidad de contrastar de nuevo este mismo diseño con otras muestras de internados psiquiátricos a fin de estimar la consistencia. No debemos olvidar que nos encontramos ante casos clínicos, por lo que la estabilidad en los resultados no se puede dar por garantizada. También es preciso comparar los resultados de esta población con la de simuladores. De este análisis comparativo se obtendría la información precisa para la concreción de una técnica que discrimine entre ambas poblaciones con un valor de prueba forense.

A continuación, nos vamos a referir a los resultados obtenidos en las medidas de control del SCL-90-R. Como es fácil comprender observamos una correlación estadísticamente significativa entre muchas de las escalas de ambas pruebas utilizadas (SCL-90 y MMPI-2), tal y como hemos detallado en el apartado de resultados (Ver Anexo 2), lo que nos demuestra la complementariedad de ambos tests.

En nuestro estudio observamos que en el Total de Síntomas Positivos (MPST = 31,56) no se advierte un intento de negación de síntomas<sup>543</sup> (PST>6) ni de combinación de síntomas (PST < 71). Por su parte, los índices de Severidad Global (GSI = 0,77; T = 46; Pc = 35) y de Malestar Referido a Síntomas Positivos (PSDI = 2,11; T = 50; Pc = 50) no informan de severidad de síntomas, esto, es, exageración de la gravedad de la sintomatología.

A su vez, es preciso señalar que los resultados obtenidos en el SCL-90-R están sujetos a unas limitaciones que se han de considerar a la hora de generalizar los mismos, y que exponemos a continuación:

---

<sup>542</sup> MEDOFF, D. "MMPI-2 validity scales in child custody evaluations: Clinical versus statistical significance", *Behavioral Sciences and the Law*, Vol. 17, 1999, págs. 409-411.

<sup>543</sup> Los contrastes se llevaron a cabo con población psiquiátrica dado que las medias de los internos superan en varias dimensiones el centil 90 de la población general no clínica.

En primer lugar, los instrumentos psicométricos no diagnostican, sino que proporcionan impresiones diagnósticas, supeditándose las impresiones psicométricas al diagnóstico clínico.

En segundo lugar, el instrumento de medida se basa en autoinformes por lo que los síntomas observados no se registran, al tiempo que no basta con la presencia del síntoma, sino que este modo de respuesta requiere de conciencia del síntoma. Así, por ejemplo, un paciente con pensamiento descarrilado, síntoma psicótico, no informa de éste porque no es consciente del mismo.

En tercer lugar, las respuestas de los penados, en nuestro caso pacientes internos en un psiquiátrico penitenciario, están referidas al momento de la evaluación por lo que, al amortiguar la sintomatología el tratamiento, no son equiparables a la evaluación forense inserta en el procedimiento judicial.

Finalmente, hemos de tener en cuenta que en las poblaciones penitenciarias se ha de sospechar (di)simulación por lo que los resultados de estas poblaciones están potencialmente sesgados.

Teniendo presentes estas limitaciones, podemos deducir las siguientes consideraciones:

a) Las medidas de distorsión validan, en general, los datos, es decir, no se observan indicios sistemáticos de simulación o disimulación. Sin embargo, este hecho no valida todos los casos, ya que la tasa base de distorsiones en las respuestas en estas poblaciones es del 4% para la (sobre)simulación, del 16% para la disimulación y del 11% de respuestas invalidadas, otra forma de simulación<sup>544</sup>. No en vano, al ser distorsiones con efectos contrarios, unas distorsiones contrarrestan a nivel de grandes números otras.

b) Los internados psiquiátricos, en contaste con la población general no clínica, padecen de un cuadro clínico comórbido compuesto por los trastornos obsesivo-compulsivo, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad generalizada y fóbica, hostilidad, ideación paranoide y psicoticismo. Así pues, los resultados validan que estos internados son casos clínicos.

---

<sup>544</sup> FARIÑA, F., ARCE R., VILARIÑO, M., NOVO, M. "Assessment of the standard forensic procedure for the evaluation of psychological injury in intimate-partner violence", *Spanish Journal of Psychology*, 2014, Vol. 17, págs. 1-10.

c) Adicionalmente, los internados psiquiátricos se caracterizan, en términos psiquiátricos, por un cuadro paranoide. Al ser la intensidad igual a la población psiquiátrica general alcanza el nivel de delirios paranoides. Es decir, la causa principal de la imputabilidad son los delirios paranoides que en términos de la jurisprudencia, y al contrario que la esquizofrenia, se exigen que se relacionen con los hechos enjuiciados.

d) Al igual que demuestran otros autores, en nuestro estudio encontramos que la población reclusa interna en prisión informa de más sintomatología clínica que la psiquiátrica penitenciaria<sup>545</sup>.

---

<sup>545</sup> ARCE, R., FARIÑA, F. “Cómo evaluar el daño moral consecuencia de accidentes de tráfico: Validación de un protocolo de medida”, *Papeles del Psicólogo*, Vol. 28, 2007, págs. 205-210.

## **CONCLUSIONES**



**Primera.** La muestra de estudio, procedente del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante, es lo suficientemente representativa de la población total de internados judiciales por razón penal en España, ya que alberga en torno a dos terceras partes de la totalidad de los internados judiciales por razón penal. En este tipo de instituciones psiquiátrico-penitenciarias, según la normativa vigente, sólo pueden ser ingresados pacientes declarados inimputables o semiimputables penados (sometidos a pena y medida de internamiento), en los que la pena les ha sido sustituida por una medida de seguridad, en razón del trastorno psíquico sobrevenido a la sentencia judicial y presos en razón del trastorno psíquico sobrevenido a la sentencial judicial y presos preventivos a efectos de observación y elaboración de informe sobre su estado mental.

**Segunda.** En la muestra estudiada en dicho establecimiento, se constatan destacados niveles de marginación, como consecuencia de las circunstancias sociobiográficas, del estado de salud y del historial delictivo, lo que va a dificultar la aplicación de medidas destinadas a la futura reeducación y reinserción social del sujeto. Además, la grave patología que presentan los pacientes de nuestra población, unida a situaciones de exclusión social, genera un riesgo alto de incurrir en comportamientos delictivos con elevadas tasa de reincidencia, lo que requiere de programas de intervención interdisciplinares y de carácter individualizado, en el ámbito comunitario.

**Tercera.** Como consecuencia de la ausencia de medidas alternativas a desarrollar en el medio comunitario, los establecimientos psiquiátricos penitenciarios desempeñan un papel crucial como centros especiales destinados al cumplimiento de las medidas de seguridad privativas de libertad para enfermos mentales y su posterior readaptación a la sociedad. A su vez, la ineficacia en el abordaje preventivo, asistencial y rehabilitador de estos pacientes por parte de los servicios de salud mental de la red sanitaria general, en la mayoría de los casos, se traduce en un trasvase desde los espacios psiquiátricos normalizados (centros de salud mental) al espacio institucional penitenciario, pasando previamente por el espacio social de la marginalidad (bien por falta de integración en la red comunitaria de salud mental, bien por falta de adherencia al tratamiento estando integrados en la misma).

**Cuarta.** Resulta imprescindible, a la vista de la población analizada, establecer redes de recursos socio-sanitarios que incluyan programas complementarios a las medidas estrictamente farmacológicas, que posibiliten la normalización social del enfermo mental y la integración social en la comunidad. Este hecho, exigiría implementar programas de

“tratamiento médico externo” que estuvieran enmarcados en modelos del tipo de “gestión de casos” o del “tratamiento asertivo comunitario”, lo que evitaría, en la mayor parte de los casos, el fracaso de la exclaustración desde la institución penitenciaria.

**Quinta.** Los resultados obtenidos tras la aplicación del MMPI-2 demuestran que las respuestas de la población penitenciaria psiquiátrica (en el establecimiento especial en el que se realizó el presente estudio) se caracteriza por un patrón no-aquiescente y no-azaroso y por un cambio de estilo de respuesta a lo largo de la evaluación, por lo que los sujetos que estén en condiciones cognitivas adecuadas, pueden ser objeto de evaluación mediante la aplicación de esta prueba.

**Sexta.** La mayoría de las escalas e índices de medida de la simulación clasifican de forma estadísticamente significativa como simuladores a los internados/penados psiquiátricos; a este aspecto hay que añadir que todas las medidas de simulación presentan tasas de clasificación como simuladores en condiciones de respuestas honestas, es decir, se trata de falsos positivos y son resultado del daño clínico severo. Así pues, los tests aplicados no son válidos para evaluar la simulación en el contexto de los internados/penados psiquiátricos.

**Séptima.** La comparación realizada entre internados psiquiátricos y penados no psiquiátricos, mediante todos los indicadores, originales y adicionales del MMPI-2 demuestra que ambas poblaciones son diferentes en los indicadores de simulación. Se encuentra muy presente en la población de internados psiquiátricos (moda=5) y muy ausente en la de penados no psiquiátricos (moda=0). Como consecuencia de estos resultados, se deriva una técnica forense para discriminar entre ambas poblaciones, anulando, en línea con las demandas forenses, la probabilidad de falsos positivos (clasificación de respuestas honestas como simuladas).

**Octava.** El estado mental de los internados psiquiátricos, obtenido mediante el análisis de las escalas básicas del MMPI-2, demuestra que la impresión diagnóstica prevalente es la esquizofrenia, coincidiendo con el diagnóstico recogido en los historiales, siendo este hecho coincidente (validez convergente), en la mayoría de los casos, con el historial clínico del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante y con las sentencias judiciales que conciernen a dichos pacientes.

**Novena.** Los resultados obtenidos tras la aplicación del SCL-90 demuestran que los internados psiquiátricos, en contraste con la población general no clínica, padecen un cuadro



clínico comórbido compuesto por trastorno obsesivo-compulsivo, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad generalizada y fóbica, hostilidad, ideación paranoide y psicoticismo. Así pues, los resultados de esta prueba validan que estos internados son casos clínicos.

**Décima.** Tras la discusión de nuestros resultados se demuestra la complementariedad y concordancia del SCL-90 con respecto al MMPI-2, lo que avala su uso en el análisis clínico multimétodo para la evaluación en psiquiatría y psicología forense. La innovación de este estudio radica en la utilización de tales pruebas en el medio psiquiátrico-penitenciario.



## **BIBLIOGRAFÍA**



- AGUERREVERE, L. E., GREVE, K. W., BIANCHINI, K. J., MEYERS, J. E. “Detecting malingering in traumatic brain injury and chronic pain with an abbreviated versión of the Meyers Index for the MMPI-2”, *Archives of Clinical Neuropsychology*, Vol. 23, 2008.
- ALDEA, M. J. “Revisión del estado actual de los conocimientos sobre la neurosis de renta”. *Informaciones Psiquiátricas*, Vol. 138, 1994.
- ALLPORT, G. W. *Patten and growht in personality*, New York: Hotel, Rinehart and Winston, 1961.
- ALVAREZ, E. *Personalidad esquizotípica y marcadores cognitivos*. Tesis doctoral. Universitat de Barcelona. Departament de Personalitat, Avaluació i Tractament Psicològic, 2005.
- ÁLVARO, E. *Evaluación de la psicopatía en una muestra de reclusos usuarios de drogas con la psychopathy checklist de hare*. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid; Facultad de Medicina Departamento de toxicología y legislación sanitaria, 2007.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 5ª ed., Washington, 2013.
- ANDERSEN, H. “Mental health in prison populations. A review with special emphasis on a study of Danish prisoners on remand”, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Vol. 110, 2004.
- ANDERSON, P. D., BOKOR G. “Forensic Aspects of Drug-Induced Violence” *J Pharmacy Practice*, Vol. 1, 2012.
- ANDERSON, S. W., BECHARA, A., DAMASIO, H., TRANEL, D., DAMASIO, A. R. “Impairment of social and moral behavior related to early damage in human prefrontal cortex”, *Nat Neurosci*, Vol. 2, 1999.
- ANDRÉS PUEYO, A., LÓPEZ, S., ALVAREZ, E. “Valoración del riesgo de violencia contra la pareja por miedo de la SARA”, *Papeles del Psicólogo*, Vol. 29, 2008.
- ANDRÉS PUEYO, A., REDONDO, S. “Predicción de la violencia: entre la peligrosidad y la valoración del riesgo de violencia”, *Papeles del psicólogo*, Vol. 28, 2007.
- ANDRÉS PUEYO. A, ECHEBURÚA, E. “Valoración del riesgo de violencia: instrumentos disponibles e indicaciones de aplicación”, *Psicotema*, Vol. 14, 2010.
- ANDREWS, A., BONTA, J. “Rehabilitating criminal justice policy and practice”, *Psychology, Public Policy, and Law*, Vol. 16, 2010.
- ANDREWS, D., BONTA, J. *The LSI-R: the level of service inventore-revised*, Multi-Health Systems, Toronto, 1995.
- ANGERMEYER, M. C., COOPER, B., LINK, B. “Mental disorder and violence: results of epidemiological studies in the era of desinstitutionalization”, *Society Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, Vol. 33, 1998.

ANGLIN, M. D., SPECKART, G. "Narcotics use and crime: A multi-sample analysis", *Criminology*, 1998, Vol. 26.

APPELBAUM, P. S. "Violence and mental disorders: data and public policy", *American Journal of Psychiatry*, Vol. 163, 2006.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, 2013..

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4ª. ed. rev.), Masson. Barcelona. 2002.

APPELBAUM, P. S., CLARK ROBINS, P., MONAHAN, J. "Violence and Delusions: Data from the MacArthur Violence Risk Assessment Study", *American Journal of Psychiatry*, Vol. 157, 2000.

APPLEBAUM, P. S. "The new preventive detention: Psychiatry's problematic responsibility for the control of violence", *American Journal of Psychiatry*, Vol. 145, 1988.

APPLEBAUM, P. S. *Almost a revolution: Mental Health law and the limits of change*, Oxford University Press, Oxford, 1994.

ARANGO, C., CALCEDO BARBA, A., GONZALEZ SALVADOR, T., CALCEDO ORDOÑEZ, A. "Violence in Inpatients with Schizophrenia: a Prsopective Study", *Schizophrenia Bulletin*, Vol. 25, 1999.

ARANGO, C., CALCEDO, A., GONZÁLEZ-SALVADOR, T. "Violence in inpatients with schizophrenia: a prospective study", *Schizophrenia Bulletin*, 1999, Vol. 25.

ARBISI, P. A. "Use of the MMPI-2 in personal injury and disability evaluations" en BUTCHER, J. N. *Practitioners handbook for the MMPI-2*, American Psychological Association, Washington, 1998.

ARBISI, P. A., BEN-PORATH, Y. S. "An MMPI-2 infrequent response scale for use with psychopatological populations: The Infrequency-Psychopathology Scale, F(p)", *Psychological Assessment*; Vol. 7, 1995.

ARBISI, P. A., BEN-PORATH, Y. S. "On MMPI-2 infrequent response scale for use with psychopathological populations: The Infrequent Psychopathology Scale F(p)", *Psychological Assessment*, Vol. 7, 1995.

ARBISI, P. A., BUTCHER, J. N. "Relationship between personality and health simptoms: Use of the MMPI-2 in medical assessments", *Interntational Journal of Clinical and Health Psychology*, Vol.4, 2004.

ARBOLEDA-FLÓREZ, J. "Mental illness and violence: an epidemiological appraisal of the evidence", *Canadian Journal of Psychiatry*, Vol. 43, 1998.

- ARBOLEDA-FLOREZ, J. "Mental patients in prison". *World Psychiatry*, Vol. 8, 2009.
- ARCE, R., FARIÑA, F. "Cómo evaluar el daño moral consecuencia de accidentes de tráfico: Validación de un protocolo de medida", *Papeles del Psicólogo*, Vol. 28, 2007.
- ARCE, R., FARIÑA, F., CARBALLAL, A., NOVO, M. "Creación y validación de un protocolo de evaluación forense de las secuelas psicológicas de la violencia de género". *Psicothema*, Vol. 21, 2009.
- ARCE, R., FARIÑA, F., CARBALLAL, A., NOVO, M. "Evaluación del daño moral en accidentes de tráfico: Desarrollo y validación de un protocolo para la detección de la simulación", *Psicothema*, Vol. 18, 2006.
- ARCE, R., PAMPILLON, M. C., FARIÑA, F. "Desarrollo y evaluación de un procedimiento empírico para la detección de la simulación de enajenación mental en el contexto legal", *Anuario de Psicología*, Vol. 33, 2002.
- ARCHER, R. P., BUFFINGTON-VOLLUM, J. K., STREDNY, R. V., HANDEL, R. W. "A survey of Psychological Test Use Patterns Among Forensic Psychologists", *Journal of Personality Assessment*, Vol. 87, 2006.
- ARNAU-PEIRÓ, F., GARCÍA-GUERRERO, J., HERRERO-MATÍAS, A., CASTELLANO-CERVERA, J. C., VERA-REMARTÍNEZ, E. J., JORGE-VIDAL, V., ARQUES-EGEA, S., IRANZO-TATAY, C. "Descripción de la consulta psiquiátrica en centros penitenciarios de la Comunidad Valenciana", *Revista española de sanidad penitenciaria*, Barcelona, Vol.14.
- ARONOFF, G. M., MANDEL, S., GENOVESE, E., MAITZ, E. A., DORTO, A. J., KLIMEK, E. H., STAATS, T. E. "Evaluating malingering in contested injury or illness". *Pain Practice*, Vol. 7, 2007.
- ARROYO, J. ORTEGA, E. "Personality disorders amongst inmates as a distorting factor in the prison social climate", *Revista Española Sanidad Penitenciaria*, Vol. 11, 2009.
- ARSENEAULT, L., MOFFITT, T. E., CASPI, A., TAYLOR, P. J., SILVA, P. A. "Mental disorders and violence in a total birth cohort: results from the Dunedin study". *Archives of General Psychiatry*, Vol. 57, 2000.
- AVILA, A., JIMÉNEZ, F. "The Castilian Version of the MMPI-2 in Spain: Development, Adaptation and Psychometric properties", en BUTCHER, J. N. *International Adaptations on the MMPI-2*, University of Minnesota Pres, Minneapolis, 1996.
- BAER, R. A., RINALDO, J. C., BERRY, D. T. R. "Self-report distortions (including faking, lying, malingering, social desirability)" en FERNANDEZ BALLESTERO, R. *Encyclopedia of Psychological Assessment*, Sage, London, Vol. 2, 2003.
- BAER, R.A., MILLER, J. "Underreporting of psychopathology on the MMPI-2: A meta-analytic review", *Psychological Assessment*, Vol. 14, 2002.

BAILLARGEON, J., BINSWANGER, I. A., PENN, J. V., WILLIAMS, B. A., MURRAY, O. J. "Psychiatric disorders and repeat incarcerations: the revolving prison door", *Am J Psychiatry*, Vol. 166, 2009.

BAILLARGEON, J., PENN, J. V., THOMAS, C. R., TEMPLE, J. R., BAILLARGEON, G, MURRAY, O. J. "Psychiatric disorders and suicide in the nation's largest state prison system", *J Am Acad Psychiatry Law*, Vol. 37, 2009.

BANDURA, A. "Agresión: A social learning análisis", *Englewood Cliffs*, NJ. Prentice Hall, 1973.

BARRIOS FLORES, L. F. "La Psiquiatría Penitenciaria: perspectiva histórica y problemas presentes", *Sociedad Española de Psiquiatría Legal*, 3ª ed., 2003.

BARRIOS, L. F. "Sobre la institución psiquiátrica penitenciaria", *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, Vol. 27, 2007.

BARTOL, C. R., BARTOL, A. M. *Introduction to forensic psychology*, Sage, London, 2004.

BEAUFORD, J. E., MCNIEL, D. E., BINDER, R. L. "Utility of the initial therapeutic Alliance in evaluating psychiatric patients' risk of violence", *American Journal of Psychiatry*, Vol. 154, 1997.

BECK, U. *La sociedad del riesgo. Hacia una nueva modernidad*, Paidós Ibérica, Barcelona, 2006.

BEST, M., WILLIAMS, J. M., COCCARO, E. F. "Evidence for a dysfunctional prefrontal circuit in patients with an impulsive aggressive disorder", *Proc Natl Acad Sci*, EE.U.U, Vol. 99, 2002.

BIANCHINI, K. J., GREVE, K. W., GLYNN, G. "On the diagnosis of malingered pain-related disability: lessons from cognitive malingering research", *The Spine Journal*, Vol. 5.

BIRD, S. M. "Changes in male suicides in Scottish prisons: 10-year study", *British Journal Psychiatry*, Vol. 192, 2008.

BINSWANGER, I. A., BLATCHFORD, P. J., LINDSAY, R. G., "Risk factors for all-cause, overdose and early deaths after release from prison in Washington state", *Drug Alcohol Depend*, Vol. 117, 2011.

BINSWANGER, I. A., NOWELS, C., CORSI, K. F., "Return to drug use and overdose after release from prison: a qualitative study of risk and protective factors", *Addict Sci Clin Pract*, Vol. 7, 2012.

BJORKLY, S. "Scale for the prediction of aggression and dangerousness in psychotic patients, an introduction", *Psychological Reports*, Vol. 73, 1993.



- BLACKBURN, R., COID, J. W. “Empirical clusters of DSM-III personality disorders in violent offenders”, *Journal Personality Disorder*, Vol. 13, 1999.
- BOCCACCINI, M. T., BRODSKY, S. L. “Diagnostic test use by forensic psychologists emotional injury cases”, *Professional Psychology: Research and Practice*, Vol. 30, 1999.
- BOER, D. P., WILSON, R. J., GAUTHIER, C. M. HART, S. D. “Assessing risk for sexual violence: Guidelines for clinical practice”, en WEBSTER, C. D., JACKSON, M. A. *Impulsivity: Theory, Assessment and Treatment*, Guilford, New York, 1997.
- BOLES, S. M., MIOTTO, K. “Substance abuse and violence: A review of the literature”, *Aggression and Violent Behavior*, Vol. 8, 2003.
- BONCZAR, T. P. “Prevalence of Imprisonment in the U.S. Population, 1974–2001”, *Bureau of Justice Statistics Special Report*, Washington, 2003
- BORUM, R., GRISSO, T. “Psychological test use in criminal forensic evaluations”, *Professional Psychology: Research and Practice*, Vol. 26, 1995.
- BOW, J. N., FLENS, J. R., GOULD, J. W., GREENHUT, D. “An analysis of administration, scoring, and interpretation of the MMPI-2 and MCMI-II/III in child custody evaluations”, *Journal of Child Custody*, Vol. 2, 2005.
- BLAAUW, E., WINKEL, F. W., KERKHOF, A. J. “Bullying and suicidal behaviour in jails”, *Criminal Justice and Behaviour*, Vol. 28, 2001.
- BRENNAN, P. A., ALDEN, A. “Schizophrenia and violence: the overlap”, en RAINE, A. *Crime and Schizophrenia: Causes and Cures*, Nova Science Publishers, Inc., 2006.
- BRENNAN, P. A., MEDNICK, S. A., HODGINS, S. “Major mental disorders and criminal violence in a Danish birth cohort”, *Archives of General Psychiatry*, Vol. 57, 2000.
- BRINK, J. “Epidemiology of mental illness in a correctional system”, *Curr Opin Psychiatry*, Vol. 18, 2005.
- BRITTAIN, R. P. “The sadistic murdered”, *Medicine Science and the Law*, Vol. 10, 1970.
- BRUGHA, T., SINGLETON, N., MELZER, H., BEBBINGTON, T., FARRELL, M., JENKINS, R., COID, J., FRYERS, T., MELZER, D., LEWIS, G. “Psychosis in the community and in prisons: A report from the British National Survey of Psychiatric Morbidity”, *The American Journal of Psychiatry*, Vol. 162, 2005.
- BRUNNER, H. G., NELEN, M., BREAKFIELD, X. O., ROPERS, H. H., VAN OOST, B. A. “Abnormal behavior associated with a point mutation in the structural gene for monoamine oxidase A”, *Science*, Vol. 262, 1993.
- BUCHANAN, A. “Risk and dangerousness Psychological”, *Medicine*, Vol. 29, 1999.

BUCKLEY, P., THOMPSON, P., WAY, L. "Substance abuse among patients with treatment-resistant schizophrenia: characteristics and implications for clozapine therapy", *American Journal Psychiatry*, Vol. 151, 1994.

BURY, A. S., BAGBY, R. M. "The detection of feigned uncoached and coached posttraumatic stress disorder with the MMPI-2 in a sample of workplace accident victims", *Psychological Assessment*, Vol. 14, 2002.

BUSS, C., LORD, C., WADIWALLA, M., HELLHAMMER, D. H., LUPIEN, S. J., MEANEY, M. J. "Maternal care modulates the relationship between prenatal risk and hippocampal volume in women but not in men", *Journal Neuroscience*, Vol. 27, 2007.

BUTCHER, J. N. *User's guide for the MMPI-2 Minnesota Report: Adult Clinical System*", National Computer System, 1989.

BUTCHER, J. N. "Assessing MMPI-2 profile validity" en KOOECHER, G. P., NORCROSS, J. C., HILL S. S. *Psychologists' desk reference*, 2ª ed., Oxford University Press, New York, 2005.

BUTCHER, J. M. *Preparing for court testimony based on the MMPI-2: Guide*, 4ª ed., University of Minnesota, Minneapolis, 2012.

BUTCHER, J. N., ARBISI, P. A., ATLAS, M. M., MC NULTY, J. L. "The construct validity of the Less-Haley Fake Bad Scale. Does this scale measuring somatic malingering or feigned emotional distress?", *Archives of Clinical Neuropsychology*, Vol. 18, 2003.

BUTCHER, J. N., BEN-PORATH, Y. S. "Use of the MMPI-2 in medico-legal evaluations: An alternative interpretation for the Senior and Douglas: Critique", *Australian Psychologist*, Vol. 39, 2004.

BUTCHER, J. N., DAHLSTROM, W. G., GRAHAM, J. R., TELLEGEN, A. M., KAEMMER, B. *MMPI-2: Manual for administration and scoring*, University of Minnesota Press, Minneapolis, 1989.

BUTCHER, J. N., WILLIAMS, C. L. *Essentials of MMPI-2 and MMPI-A interpretation*, University of Minnesota Press, Minneapolis, 1992.

BUTLER, T., ANDREWS, G., ALLNUTT, S., SAKASHITA, C., SMITH, N. E., BASSON, J. "Mental disorders in Australian prisoners: a comparison with a community sample", *Aust NZJ Psychiatry*, Vol. 40, 2006.

CADORET, R. J., YATES, W. R., TROUGHTON, E., WOODWORTH, G., STEWART, M. A. "Genetic environmental interaction in the genesis of aggressivity and conduct disorders", *Arch Gen Psychiatry*, Vol. 25, 1995.

CAMARA, W. J., NATHAN, J. S., PUENTE, A. E. "Psychological test usage: implications in professional psychology", *Profesional Psychology: Research and Practice*, Vol. 31, 2000.

- CAÑAS DE PAZ, F., FRANCO LOVACO, B. “Análisis y valoración clínica de la peligrosidad del enfermo mental” en DELGADO BUENO, S. *Tratado de Medicina Legal y Ciencias Forenses*, Tomo V, Bosch, Barcelona, 2013.
- CANLI, T., QIU, M., OMURA, K., CONGDON, E., HAAS, B.W., AMIN, Z. “Neural correlates of epigenesis”, *Proc Natl Acad Sci*, EE.UU, Vol. 103, 2006.
- CAPILLA RAMIREZ, P., GONZALEZ ORDI, H. *Protocolo para la detección de la detección de la simulación del dolor en la práctica clínica: estudio de casos*, Trauma fundación MAPFRE, Vol. 20, 2009.
- CARMONA, J., HERNÁNDEZ, A., GUTIÉRREZ, C. Análisis de la demanda en el Centro Penitenciario de Jerez. Período 1990-2000: En: La atención a la salud mental de la población reclusa. Madrid : AEN Estudios/ 30 2003.
- CARRASCO GÓMEZ, J. J. *Psiquiatría y Ley penal*, Monografía. Ed. Jarpyo Editores, Madrid, 1991.
- CARRASCO GÓMEZ, J. J., MAZA MARTÍN, J. M. “Medidas de seguridad”, *Manual de Psiquiatría Legal y Forense*, 2ª ed., La ley-Actualidad, Madrid, 2003.
- CARRASCO GÓMEZ, J. J., MAZA MARTÍN, J. M. “Modificaciones de la responsabilidad criminal por causas psíquicas”, en CARRASCO GÓMEZ, J. J., MAZA MARTÍN, J. M., “*Manual de Psiquiatría Legal y Forense*”, 2ª ed., La Ley, Madrid, 2003.
- CARRASCO GÓMEZ, J. J., MAZA MARTÍN, J. M. “Psiquiatría Legal y Forense”, 2ª ed., *Trastornos de la Personalidad*, La Ley, Madrid, 2003.
- CASAS, M. “TDAH y TLP asociados a conductas delictivas. I Jornadas Andaluzas de la Asociación española de patología dual. Febrero. 2009.
- CASPI, A., MCCLAY, J., MOFFITT, T. E., MILL, J., MARTIN, J., CRAIG, I. W. “Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children”, *Science*, Vol. 297, 2002.
- CLARK, D., FISHER, M., MCDUGALL, C. “A new methodology for assessing the level of risk in incarcerate offenders”, *British Journal of Criminology*, Vol. 33, 1993.
- CLONINGER, C. R. “A practical way to diagnosis personality disorders”, *Journal Personality Disorder*, Vol. 14, 2000.
- CLONINGER, C.R. “Genética”, en OLDHAM, J. M., SKODOL, A. E., BENDER, D. S. *Tratado de los Trastornos de la Personalidad*, Masson, Barcelona, 2007.
- COCCARO, E. F. “Central serotonin and impulsive aggression”, *Britih Journal Psychiatry*, Vol. 155, 1989.

COID, J. "Correctional Populations: Criminal Careers and Recidivism. I" en OLDHAM, J. M., SKODOL, A. E., BENDER, D. S. *Textbook of Personality Disorders*, American Psychiatric Publishing, Washington, 2005.

COID, J., YANG, M., ROBERTS, A., ULLRICH, S., MORAN, P., BEBBINGTON, P., BRUGHA, T., JENKINS, R. "Violence and psychiatric morbidity in a national household population a report from the British Household Survey", *American Journal Epidemiology*, Vol. 164, 2006.

COID, J. W., HICKEY, N., YANG, M. "Comparison of outcomes following after care from forensic and general adult psychiatric services", *British Journal Psychiatry*, Vol. 190, 2007.

CONROY, M. A., KWARTNER, P. P. "Malingering". *Applied Psychology in Criminal Justice*, Vol. 2 2006.

CÔTÉ, G., HODGINS, S. "The prevalence of major mental disorders among homicide offenders", *International Journal of Law and Psychiatry*, Vol. 15, 1992.

CRAIG, R. J. "The Millon Clinical Multiaxial Inventory-III", en ARCHER, R. D. *Forensic uses of clinical assessment instruments*, Lawrence Erlbaum, Manwah, 2006.

DAVIDSON, R. J., PUTNAM, K. M, LARSON, C. L. "Dysfunction in the neural circuitry of emotion regulation a possible prelude to violence", *Science* 2000, Vol. 289.

DAVINSON, S., JANCA, A. "Personality disorder and criminal behaviour: what is the nature of the relationship?", *Currenta Opinion in Psychiatry*, Vol. 25, 2011.

DE BRITO, S. A., HODGINS, S. "Antisocial personality disorder", en MCMURRIAN, M., HOWARD, R. *Personality, personality disorder, and violence: An evidence based approach*, Wiley-Blackwell Publishing, Chichester, 2009.

DEKLEVA, K. B. "Psychiatric expertise in the sentencing phase of capital murder cases", *Journal of the American Academy of Psychiatry and Law*, Vol. 29, 2001.

DELGADO BUENO, S. "Alternativas al internamiento involuntario", en DELGADO BUENO, S., ESBEC RODRIGUEZ, E., RODRÍGUEZ PULIDO, F., GONZALEZ DE RIVERA Y REVUELTA, J. R. *Psiquiatría Legal y Forense*, Colex, Madrid, Vol. 2, 1994.

DEROGATIS, L. R. "The SCL-90-R", *Baltimore: Clinical Psychometric Research*, 1975/ DEROGATIS, L. R., CLEARY, P. "Confirmation of dimensional structure of the SCL-90: A study in construct validation", *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 33, 1977a.

DEROGATIS, L. R. "SCL-90-R. Administration, scoring and procedures", *Manual II for the revised version of the SCL-90*, Baltimore: John Hopkins University Press, Ediciones Universidad Católica de Chile, 1983.

DEROGATIS, L. R. *SCL-90-R. Manual*, Tea, Madrid, 2002.

- DEROGATIS, L. R., CLEARY, P. “Confirmation of dimensional structure of the SCL-90: A study in construct validation”, *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 33, 1977a.
- DEROGATIS, L. R., CLEARY, P. “Factorial invariance across gender for the primary symptom dimension of the SCL-90”, *British Journal of Social and Clinical Psychology*, Vol. 16, 1977b.
- DÍEZ-RIPOLLÉS, J. L. “Algunos rasgos de la delincuencia en España a comienzos del siglo XXI”, *Revista Española de Investigación Criminológica*, Vol. 1, 2006.
- DOCTOR, R. “Psychodynamic lessons in risk assessment and management”, *Advances in Psychiatric Treatment*, Vol. 10, 2004.
- DOUGLAS, K. S., WEBSTER, C. D., HART, S. D., EAVES, D., OGLOFF, J. R. P. “HCR-20: Violence risk management companion guide”, Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University, and Department of Mental Health Law & Policy, University of South Florida, Canada, 2001.
- DRIEMEYER, W., SPEHR, A., YOON, D., RICHTER-APPELT, H., BRIKEN, P. “Comparing sexuality, aggressiveness, and antisocial behavior of alleged juvenile sexual and violent offenders”. *Journal Forensic Science*, Vol. 58, 2013.
- DUGGAN, C., HOWARD, R. C. “The “functional link” between personality disorder and violence: A critical appraisal”, en MCMURRAN, M., HOWARD, R. C., *Personality, personality disorder and violence*, Wiley, Chichester, 2009.
- DUNSIETH, N. W., NELSON, E. B., BRUSMAN-LOVINS, L. A. “Psychiatric and legal features of 113 men convicted of sexual offenses”, *Journal Clinical Psychiatry*, Vol. 65, 2004.
- DUTTON, D. G., HART, S. D. “Risk markers for family violence in a federally incarcerated population”, *International Journal of Law and Psychiatry*, Vol. 15, 1992.
- ECHEBURÚA, E. “Violencia y trastornos de la personalidad: implicaciones clínicas y forenses”, *Actas Española Psiquiatria*, Vol. 38, 2010.
- EDENS, J. F., POYTHRESS, N. G., WATKINS-CLAY, M. M. “Detection of malingering in psychiatric unit and general population prison inmates: A comparison of the PAI, SIMS, and SIRS”, *Journal of Personality Assessment*, Vol. 88, 2007.
- EDWARDS, A. L. *The social desirability variable in personality assessment and research*, Dryden, New York, 1957.
- ELBOGEN, E. B., JOHNSON, S.C. “The intricate link between violence and mental disorder”, *Archives of General Psychiatry*, Vol. 66, 2009.
- ELHAI, J. D., NAIFEH, J. A., ZUCKER, I. S., GOLD, S. V., DEITSCH, S. E. Y FRUEH, B. C. “Discriminating malingered from genuine civilian posttraumatic stress disorder: A

validation of the three MMPI-2 infrequency scales (F, Fp, and Fptsd)", *Assessment*, Vol. 11, 2004.

ENGEL, R. S., SILVER, E. "Policing mentally disordered suspects: a reexamination of the criminalization hypothesis", *Criminology*, Vol. 39.

ERICKSON, S. K., ROSENHECK, R. A., TRESTMAN, R. L., FORD, J. D., DESAI, R. A. "Risk of incarceration between cohorts of veterans with and without mental illness discharged from inpatient units", *Psychiatric Services*, Vol. 59, 2008.

ERKIRAN, M., OZÜNALAN, H., EVREN, C., AYTAÇLAR, S., KIRISCI, L., TARTER, R. "Substance abuse amplifies the risk for violence in schizophrenia spectrum disorder", *Addict Behavior*, Vol. 31, 2006.

ERONEN, M., ANGERMEYER, M. C., SCHULZE, B. "The psychiatric epidemiology of violent behaviour", *Society Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, Vol. 33, 1998.

ERONEN, M., TIIHONEN, J., HAKOLA, P. "Schizophrenia and homicidal behaviour", *Schizophrenia Bulletin*, Vol. 22, 1996.

ESBEC, E. "Comorbilidad y efecto patoplástico de los Trastornos de Personalidad", *Revista Española Psiquiatría Forense, Psicología Forense y Criminología*, Vol. 0, 1996.

ESBEC, E. "Valoración de la peligrosidad criminal (Riesgo-Violencia)". En *Psicología forense: Aproximación conceptual e histórica. Psicopatología Clínica Legal y Forense*, Vol. 3, 2003.

ESBEC, E. "Violencia y Trastorno mental", *Cuadernos de derecho judicial*, 2005.

ESBEC, E., DELGADO BUENO, S. "Imputabilidad, concepto y perspectivas. La imputabilidad de los trastornos mentales", *Psiquiatría legal y Forense*, Colex, Madrid, Vol. 1, 1994.

ESBEC, E., ECHEBURÚA, E. "Violencia y trastornos de la personalidad: implicaciones clínicas y forenses", *Actas Españolas de Psiquiatría*, Vol. 5, 2010.

ESBEC, E., ECHEBURÚA, E. "La reformulación de los trastornos de la personalidad en el DSM 5". *Actas Psicología forense: Instrumentos de evaluación y perspectivas*", *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, Vol. 3, 2011.

ESBEC, E., FERNÁNDEZ-SASTRÓN, O. "Valoración de la peligrosidad criminal (Riesgo-Violencia)", en *Psicología forense: Instrumentos de evaluación y perspectivas. Psicopatología Clínica Legal y Forense*, Vol. 3, 2003.

ESBEC, E., GÓMEZ-JARABO, G. *Psicología Forense y Tratamiento Jurídico-legal de la discapacidad*, Madrid, Edifoser, 2000.

ESBEC RODRÍGUEZ, E., ROBLES, J. I. “Evaluación de los Trastornos de la Personalidad en Psiquiatría Forense”, en DELGADO BUENO, S. *Tratado de Medicina Legal y Ciencias Forenses*, Tomo V, Bosch, Barcelona, 2013.

ESBEC RODRÍGUEZ, E., TEROL LEVY, O. “Valoración del riesgo de la violencia”, en DELGADO BUENO, S. *Tratado de Medicina Legal y Ciencias Forenses*, Vol. 5, Bosch, Barcelona, 2013.

ESPINOSA, J., BLUM, B., ROMERO, M. “Riesgo y letalidad suicida en pacientes con trastorno límite de la personalidad, en un hospital de psiquiatría”, *Salud Mental*, Vol. 32, 2009.

ESPINOSA, M., HERRERA, R. Análisis de la demanda y respuesta terapéutica en la relación asistencial establecida entre los centros penitenciarios Puerto-I y Puerto-II con el ESM Bahía en el período 1989-2000: En: La atención a la salud mental de la población reclusa. Madrid: AEN Estudios /30 2003.

ETHERTON, J. L., BIANCHINI, K. J., CIOTA, M. A., HEINLY, M. T., GREVE, K. W. “Pain, malingering and the WAIS-III Working Memory Index”, *The Spine Journal*, Vol. 6, 2006.

EVANS, C., MCCONNELL, T. R. “A new measure of introversion-extroversion”, *Journal of Psychology*, Vol. 12, 1941.

EYSENCK, H. J. “The classification of depressive illnesses”, *British Journal Psychiatry*, Vol. 117, 1970.

FARIÑA, F., ARCE R., VILARIÑO, M., NOVO, M. “Assessment of the standard forensic procedure for the evaluation of psychological injury in intimate-partner violence”, *Spanish Journal of Psychology*, Vol. 17, 2014.

FAZEL, S., CARTWRIGHT, J., NORMAN-NOTT, A., HAWTON, K. “Suicide in prisoners: a systematic review of risk factors”. *J Clin Psychiatry*, Vol. 69, 2008.

FAZEL, S., YU, R. “Psychotic disorders and repeat offending: systematic review and meta-analysis”, *Schizophrenia Bulletin*, Vol. 37, 2011.

FAZEL, S., BAINS, P., DOLL, H. “Substance abuse and dependence in prisoners: A systematic review”, *Addiction*, Vol. 101, 2006.

FAZEL, S., BUXRUD, P., RUCHKIN, V., GRANN, M. “Homicide in discharged patients with schizophrenia and other psychoses: A national case-control study”, *Schizophrenia Res*, Vol. 123, 2010.

FAZEL, S., CARTWRIGHT, J., NORMAN-NOTT., A, HAWTON, K. “Suicide in prisoners: a systematic review of risk factors”, *Journal Clinical Psychiatry*, Vol. 69, 2008.

FAZEL, S., DANESH, J. “Serious mental disorder in 23,000 prisoners: A systematic review of 62 surveys”, *Lancet*, Vol. 359, 2002.

FAZEL, S., GULATI, G., LINSELL, L., GEDDES, J. R., GRANN, M. “Schizophrenia and violence: systematic review and meta-analysis”, *PLoS Med*, Vol. 6, 2009.

FAZEL, S., SEEWALD, K. “Severe mental illness in 33 588 prisoners worldwide: systematic review and meta-regression análisis”, *British Journal Psychiatry*, Vol. 200, 2012.

FAZEL, S., YU, R. “Psychotic disorders and repeat offending: systematic review and meta-analysis”, *Schizophr Bull*, Vol. 37, 2011.

FAZEL, S., GRANN, M., CARLSTRÖM, E., LICHTENSTEIN, P., LÅNGSTRÖM, N. “Risk factors for violent crime in Schizophrenia: a national cohort study of 13,806 patients”, *Journal Clinical Psychiatry*, Vol. 70, 2009b.

FAZEL, S., LÅNGSTRÖM, N., HJERN, A., GRANN, M., LICHTENSTEIN, P. “Schizophrenia, substance abuse, and violent crime”, *Jama*, Vol.19, 2009.

FAZEL, S., WOLF, A., GEDDES, J. R. “Suicide in prisoners with bipolar disorder and other psychiatric disorders: a systematic review”, *Bipolar Disorder*, Vol. 15, 2013.

FAZEL, S., BAILLARGEON, J. “The health of prisoners”, *Lancet*, Vol. 377, 2011.

FAZEL, S., GRANN, M., KLING, B. “Prison suicide in 12 countries: an ecological study of 861 suicides during 2003-2007”, *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. Vol. 46, 2011.

FAZEL, S., SEEWALD, K. “Severe mental illness in 33 588 prisoners worldwide: systematic review and meta-regression análisis”, *British J Psychiatry*, Vol. 200, 2012.

FERNÁNDEZ-MONTALVO, J., ECHEBURÚA, E. “Variables psicopatológicas y distorsiones cognitivas de los maltratadores en el hogar: un análisis descriptivo”, *Análisis y Modificación de Conducta*, Vol. 23, 1997.

FIELIRZ, P., CARDOZO, F. “Homicidio y enfermedad mental. Estudio descriptivo de los homicidas derivados a Sala de Seguridad de Hombres en el período 1994-2000”, *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, Vol. 70, 2006.

FINN, S. E. *Using the MMPI-2 as a therapeutic intervention*, University of Minnesota Press, Minneapolis, 1996.

FISCHER, P. J. “Criminal activity among the homeless: A study of arrests in Baltimore”, *Hospital and Community Psychiatry*, Vol. 39, 1998.

FOLINO, J. O. “Trastorno Antisocial de la Personalidad en prisioneros”, *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de La Plata*, 2003



- FOUNTOULANKIS, K. N., LEUCHT, S., KAPRINIS, G. S. "Personality disorders and violence", *Curr Opin Psychiatry*, Vol. 21, 2008.
- FRASER, A., MØLLER, L., VAN DEN BERGH, B. "The health of prisoners", *Lancet*, Vol. 377, 2011.
- FREEMAN, R. B. "Why do so many young American men commit crimes and what might we do about it?", *Journal of Economic Perspectives*, Vol. 10, 1996.
- FRENCH, M., FRENCH, M., MCCOLLISTER, K., ALEXANDRE, P. K., CHITWOOD, D. D., MCCOY, C. B. "Revolving roles in drug-related crime: Chronic drug users as victims and perpetrators", *Journal of Quantitative Criminology*, Vol. 20, 2004.
- FROOM, E. *Anatomía de la destructividad humana*, Siglo XXI, Madrid, 1987.
- FRUEHWALD, S., FROTTIER, P. Suicide in prison, *Lancet*, Vol. 366, 2005.
- FRYERS, T., BRUGHA T., GROUNDS, A., MELZER, D. "Severe mental illness in prisoners: a persistent problem that needs a concerted and long term response", *BMJ*, Vol. 317, 1998.
- FURNHAM, A. "Response bias, social desirability and dissimulation", *Personality and individual differences*, Vol. 7, 1986.
- GALLARDO-PUJOL, D., FORERO, C. G, MAYDEU-OLIVARES, A., ANDRÉS-PUEYO, A. "Desarrollo del comportamiento antisocial: factores psicobiológicos, ambientales e interacciones genotipo-ambiente", *Rev Neurol*, Vol. 48, 2009.
- GARBAYO, J., ARGOLO, M. J. "Crime and mental disorders: profile of a group of inmates in a custody hospital in Rio de Janeiro", *Journal Brasil Psiquiatry*, Vol. 57, 2008.
- GARCÍA ALBERO, R. "De las medidas de seguridad", en QUINTERO OLIVARES, G. *Comentarios al CP Español*, Aranzadi, Pamplona, 2005.
- GARCIA SILGO, M., ROBLES SANCHEZ, J. I. "Estudio de las bajas temporales para el servicio por motivos psicológicos: mejoras en la detección de psicopatología y simulación de trastorno mental en las Fuerzas Armadas", *Sanidad Militar*, Vol. 63, 2010.
- GARCIA, G., NEGREDO, L., FERNANDEZ GUINEA, S. "Evaluación de la simulación de problemas de memoria dentro del ámbito legal y forense", *Revista de Neurología*, Vol. 38, 2004.
- GARCÍA-DOMINGO, L., NEGREDO-LÓPEZ, S. Y FERNÁNDEZ-GUINEA A. "Evaluación de la simulación de problemas de memoria dentro del ámbito legal y forense". *Revista de Neurología*, Vol. 3, 2004.

GARCÍA-FORERO, C., GALLARDO-PUJOL, D., MAYDEU-OLIVARES, A., ANDRÉS-PUEYO, A. “Disentangling impulsiveness, aggressiveness and impulsive aggression: an empirical approach from self-report measures”, *Psychiatry Res*, 2009.

GARRIDO GENOVÉS, V., STANGELAND, P., REDONDO, S. *Principios de Criminología*, 3ª ed., Tirant lo Blanch, Valencia, 2006.

GARRIDO, V., STANGELAND, P., REDONDO, S. *Principios de Criminología*, Valencia, Tirant Lo Blanch 3ª ed., Valencia, 2006.

GIDDENS, A. “Risk society: The context of British politics”, en FRANKLIN, J. *The politics of risk society*, Polity Press, Cambridge, 1998.

GILLARD, N. D., ROGERS, R. “Malingering: models and methods” en BROWN, J. M., CAMPBELL, E. A. *The Cambridge Handbook of Forensic Psychology*, 2010, Cambridge University Press, Cambridge.

GIROLAMO, G., REICH, J. H. *Trastornos de la Personalidad*. OMS. Meditor. 1996.

GISBERT CALABUIG, J. A. “Simulación y disimulación” en VILLANUEVA CAÑADAS, E. *Medicina legal y toxicología, Gisbert Calabuig*, 6ª ed., Masson, Barcelona, 2004.

GISBERT CALABUIG, J.A. “Imputabilidad” en VILLANUEVA CAÑADAS, E. *Medicina legal y toxicología, Gisbert Calabuig* 6ª ed., Masson, Barcelona, 2004.

GISBERT-CALABUIG, J. A., SÁNCHEZ BLANQUE, A. “La prueba pericial psiquiátrica” *Medicina Legal y Toxicología*, 5ª ed., Masson, Barcelona, 1998.

GOLDSTEIN, P. J. “The drugs/violence nexus: A tripartite conceptual framework”, *Journal of Drug Issues*, Vol. 39, 1985.

GOLZBAND, M. G. “Dangerousness: A Mutating Concept passes through the Literature”, *Journal of the American Academy and the Law*, Vol. 26, 1998.

GONZÁLEZ GUERRERO, L. “Características descriptivas de los delitos cometidos por sujetos con Trastornos de Personalidad: motivaciones subyacentes, *modus operandi* y relaciones víctima-victimario”, *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, Vol. 7, 2007.

GONZALEZ ORDI, H., SANTAMARIA FERNANDEZ, P. *Adaptación española del Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas-SIMS*, Tea ediciones, Madrid, 2009.

GONZALEZ ORDI, H., SANTAMARIA FERNANDEZ, P. *Detection of Malingering in Clinical, Medicolegal, and Forensic Settings*. Comunicación presentada en la 29th Stress and Anxiety Reserch Society. Conference. Londres, 2008.

GONZALEZ ORDI, H., SANTAMARIA FERNANDEZ, P. *Detection of Malingering in Clinical, Medicolegal, and Forensic Settings*. Comunicación presentada en la 29th Stress and Anxiety Reserch Society. Conference. Londres, 2008.

GONZÁLEZ PARRA, S., MOLINA, J. D., HUERTAS, D., BLASCO-FONTECILLA, H., MORA-MÍNGUEZ, F., PASCUAL-PINAZO, F. “Violencia asociada con los trastornos esquizofrénicos”. *Archivos de Psiquiatría*, Vol. 71, 2010.

GONZÁLEZ-ORDI, H., IRUARRIZAGA, I. “Evaluación de las distorsiones de respuesta mediante el MMPI-2”. *Papeles del Psicólogo*, Vol. 26, 2005.

GOODWIN, R. D., HAMILTON, S. P. “Lifetime comorbidity of antisocial personality disorder and anxiety disorders among adults in the community”, *Psychiatry Res*, Vol. 117, 2003.

GOUGH, H. C. “Some common misconceptions about neuroticism”, *Journal of Consulting Psychology*, Vol. 18, 1954.

GOUGH, H. G. “The F minus dissimulation index for the MMPI”, *Journal of Consulting Psychology*, Vol. 14, 1950.

GRACIA MARTÍN, L., BOLDOVA PASAMAR, M. A., ALASTUEY DOBÓN, M .C. *Lecciones de consecuencias jurídicas del delito*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2000.

GRACIA MARTÍN., L. “Sobre la legitimidad de medidas de seguridad contra delincuentes imputables peligrosos en el Estado de Derecho”, en GARCÍA VALDÉS et al. (eds.), *Estudios Penales en Homenaje a Enrique Gimbernat, T. 1*, Edisofer, Madrid, 2008.

GRAHAM, J. R. *MMPI-2: Assessing personality and psychopathology*, 5ª ed., Oxford University Press, New York, 2011.

GRAHAM, J. R., TIMBROOK, R., BEN-PORATH, Y. S., BUTCHER, J. N. “Code-type congruence between MMPI and MMPI-2: Separating fact from artifact”, *Journal of Personality Assessment*, Vol. 57.

GRAHAM, J. R. *MMPI-2: Assessing personality and psychopathology*, 5ª ed., Oxford University Press, New York, 2011.

GILLARD, N. D., ROGERS, R. “Malingering: models and methods” en BROWN, J. M., CAMPBELL E.A. (eds). *The Cambridge Handbook of Forensic Psychology*, Cambridge University Press, Cambridge, 2010.

GILLIS, J. R., ROGERS, R., DICKENS, S. E. “The detection of faking bad response styles on the MMPI”, *Canadian Journal of Behavioural Science*, Vol. 22, 1990.

GOUGH, H. G. “Manual for the California Psychological Inventory”, Consulting Psychologists Press, California.

GOUGH, H. G. “Some common misconceptions about neuroticism”, *Journal of Consulting Psychology*, Vol. 18, 1954.

GOUGH, H. G. "The F minus dissimulation index for the MMPI", *Journal of Consulting Psychology*, Vol. 14, 1950.

GREENBERG, G. A., ROSENHECK, R. A. "Psychiatric correlates of past incarceration in the nacional comorbidity study replication", *Criminal Behaviour and Mental Health*, Vol. 24, 2014.

GREENBERG, G., ROSENHECK, R. A., ERICKSON, S., STEFANOVICS, E., SWARTZ, M., KEEFE, R. S., STROUP, T. S. "Criminal Justice System Involvement among People with Schizophrenia", *CommunityMental Health Journal*, Vol. 47, 2011.

GREENE, R. L. "Assessment of malingering and defensiveness by multiscale personality inventories" en ROGERS, R. *Clinical assessment of malingering and deception*, 2ª ed., The Guilford Press, Nueva York, 1997.

GREENE, R. L. "Assessment of malingering and defensiveness on the MMPI-2" en ROGERS, R. *Clinical assessment of malingering and deception*, 3ª ed., Guilford, New York, 2008.

GREENE, R. L. "Malingering and defensiveness on the MMPI-2" en ROGERS, R. *Clinical Assessment of Malingering and Deception*, 3ª ed., 2008, Guilford Press, Nueva York.

GREENE, R. L. *The MMPI-2/MMPI-2-RF: An interpretive manual*, 3ª Ed., Allyn & Bacon, Boston, 2011.

GREENE, R. L. "Assessment of malingering and defensiveness by multiscale inventories" en ROGERS, R. *Clinical assessment of malingering and deception*, 2ª ed., Guilford Press, New York, 1997.

GREENE, R. L. "Assessment of manlingering and defensiveness by objective personality inventories" en ROGERS, R. *Clinical assessment of malingering and deception*, Guildford Press, New York, 1988.

GREENE, R. L. "Assessment of malingering and defensiveness on the MMPI-2" en ROGERS, R. *Clinical assessment of malingering and deception*, 3ª ed., Guilford, New York, 2008.

GREENE, R. L. *The MMPI-2/MMPI-2-RF: An interpretive manual*, 3ª ed., Allyn and Bacon, Boston, 2011

GREIFFENSTEIN, M. F., GREVE, K. W., BIANCHINI, K. J., BAKER, W. J. "Test of Memory Malingering and Word Memory Test: a new comparison of failure concordance rates", *Archives of Clinical Neuropsychology*, Vol. 23, 2008.

GREVE, K. W., ORD, J. S., BIANCHINI, K. J., CURTIS, K. L. "Prevalence of malingering in patients with chronic pain referred for psychologig evaluation in a medico-legal context", *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, Vol. 90, 2009.

- GROVE, W. M., MEEHL, P. E. “Comparative efficiency of informal (subjective, impressionistic) and formal (mechanical algorithmic). Prediction procedures: The clinical-statistical controversy”, *Psychology, Public Policy and Law*, Vol. 2, 1996.
- GUNN, J., MADEU, A., SWINTON, M. “Treatment needs of prisoners with psychiatric disorders”, *BMJ*, Vol. 303, 1991.
- HAGLUND, A., TIDEMALM, D., JOKINEN, J., LÅNGSTRÖM, N., LICHTENSTEIN, P., FAZEL, S., RUNESON, B. “Suicide After Release From Prison: A Population-Based Cohort Study From Sweden”, *J Clin Psychiatry*, Vol. 75, 2014.
- HÅKANSSON, A., BERGLUND, M. “Risk factors for criminal recidivism a prospective follow-up study in prisoners with substance abuse”, *BMC Psychiatry*, Vol. 12, 2012.
- HAKANSSON, A., SCHLYTER, F., BERGLUND, M. “Associations between polysubstance use and psychiatric problems in a criminal justice population in Sweden”, *Drug Alcohol Depend*, Vol. 1, 2011.
- HATHAWAY, S. R., MCKINLEY, J. C. “A multiphasic personality schedule (Minnesota): I. Construction of the schedule, *Journal of Consulting Psychology*, Vol. 11, 1940.
- HARE, R. *The Hare PCL: SV Revisión*. MHS.: Toronto, 2002.
- HARE, R. *The Hare Psychopathy Checklist-Revised manual*, Multi-Health Systems, Toronto, 1991
- HARKNESS, A. R., MCNULTY, J. L. “The Personality Psychopathology Five (PSY-5): Issue from the pages of a diagnostic manual instead of a dictionary”, en STRACK, S., LORR, M. *Differentiating normal and abnormal personality*, Springer, New York, 1994.
- HARRISON, L. D. “Trends in illicit drug use in the United States: conflicting results from national surveys”, *International Journal Addict*, Vol. 27, 1992.
- HART, S. “Assessing and managing violence risk”, en DOUGLAS, *HCR-20: violence risk management companion guide*, Sfu, Vancouver, 2001.
- HART, S. D., COX, N., HARE, D. “The Hare Psychopathy Checklist: Screening Version (PCL: SV)”, Toronto: Multi Health System Inc., 1995.
- HARTWELL, S. W., ORR, K. “The Massachusetts forensic transition program for mentally ill offenders reentering the community”, *Psychiatric Services*, Vol. 50, 1999.
- HATHAWAY, S. R., MCKINLEY, J. C. “A multiphasic personality schedule. (Minnesota): I. Construction of the Schedule, *Journal of Psychology*, Vol. 10, 1940.
- HATHAWAY, S. R., MCKINLEY, J. C. *Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2. Manual*, Tea Ediciones, Madrid, 1999.

HELMUTH, L. "Has America's tide of violence receded for good?", *Science*, Vol. 289, 2000.

HERRERA VALENCIA, R., HERNÁNDEZ MONSALVE, M. "I. Introducción. Pacientes mentales en prisión. Sufrimiento mental de los presos", en HERNÁNDEZ MONSALVE, M., HERRERA VALENCIA, R. *La atención a la salud mental de la población reclusa, Asociación Española de Neuropsiquiatría*, Estudios, Madrid, 2003.

HERRERO, O., COLOM, R. "¿Es verosímil la teoría de la delincuencia de David Lykken?", *Psicothema*, Vol. 18, 2006.

HILTON, N. Z., HARRIS, G. T. "Sixty-Six Years of Research on the Clinical Versus Actuarial Prediction of Violence", *Counseling Psychologist*, Vol. 34, 2006.

HODGINS, S. "Epidemiological investigations of the association between major mental disorder and crime: methodological limitations and validity of the conclusions", *Society Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, Vol. 33, 1998.

HODGINS, S. "Mental disorder, intellectual deficiency, and crime", *Archives of General Psychiatry*, Vol. 49, 1992.

HODGINS, S. "The major mental disorders and crime: Stop debating and start treating and preventing", *Journal of Law and Psychiatry*, Vol. 24, 2001.

HODGINS, S., MEDNICK, S., BRENNAN, P., SCHULSINGER, F., ENGBERG, M. "Mental disorder and crime. Evidence from a Danish birth cohort", *Archives of General Psychiatry*, Vol. 53, 1996.

HODGINS, S., TIIHONEN, Y., ROSS, D. "The consequences of conduct Disorder for males who develop schizophrenia: Associations with criminality, aggressive behavior, substance use, and psychiatric services", *Schizophr Res*, Vol. 15078, 2005.

HOFFMAN, B. F. "The criminalization of the mentally ill", *Canadian Journal of Psychiatry*, Vol. 1990.

HOLMES, C., SMITH, H., GANDERTON, R., ARRANZ, M., COLLIER, D., POWELL, J. "Psychosis and aggression in Alzheimer's disease: the effect of dopamine receptor gene variation", *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, Vol. 71, 2001.

HOLMES, W. C., SAMMEL, M. D. "Brief communication: Physical abuse of boys and possible associations with poor adult outcomes", *Annals of Internal Medicine*, Vol. 143, 2005.

HOWARD, R. C., HUBAND, N., DUGGAN, C., MANNION, A. "Exploring the link between personality disorder and criminality in a community sample". *Journal Personality Disorder*, Vol. 22, 2008.

- HUTCHINSON, G.L. *Disorders of simulation: Malingering, factitious disorders, and compensation neurosis*, Psychosocial Press, Madison, 2001.
- IBISHI, N. F, MUSLIU, N. R., HUNDOZI, Z., CITAKU, K. “Prevalence of the hospitalisation of mentally ill offenders in the Forensic Unit of the Clinic of Psychiatry in Pristina over a three-year period and long-term strategy implications for the management of the Forensic Mental Health System Service”, *Medical Science and Law*, 2014.
- INDA, M., LEMOS, S., LÓPEZ, A.M., ALONSO, J. L. “La simulación de enfermedad física o trastorno mental”. *Papeles del Psicólogo*, Vol. 26, 2005.
- IÑIGO, C., PÉREZ CÁRCELES, M. D., OSUNA, E., CABRERO, E., LUNA, A. “Perfil clínico y delictivo de los enfermos ingresados en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante”, *Revista Española Sanidad Penitenciaria*, Vol. 2, 1999.
- IVERSON, G. L. “Detecting malingering in civil forensic evaluations” en MACNEILL J. R., HARTLAGE, L. C. *Handbook of forensic neuropsychology*, Springer, New York, 2003.
- IVORRA-MARTÍNEZ, J., GILABERT-JUAN, J., MOLTÓ-RUIZ, M. D., SANJUÁN, J. “Genética del temperamento en niños”, *Rev Neurol*, Vol. 45, 2007.
- JAMES, D. J., GLAZE, L. E. “Mental health problems of prison and jail inmates. Bureau of Justice Statistics”, *U.S. Department of Justice. Office of Justice Programs*, 2006.
- JENKINS, R., BHUGRA, D., MELTZER, H., SINGLETON, N., BEBBINGTON, P., BRUGHA, T., COID, J., FARRELL, M., LEWIS, G., PATON, J. “Psychiatric and social aspects of suicidal behaviour in prisons”, *Psychological Medicine*, Vol. 35, 2005.
- JEMELKA, R., TRUPIN, E., CHILES, J. “The mentally ill in prisons: A review”, *Hospital & Community Psychiatry*, Vol. 40, 1989.
- JIMÉNEZ, F., SÁNCHEZ, G. *Evaluación psicológica forense. Contribución de las técnicas de Minnesota y Millon*. Salamanca: Amarú Ediciones. Salamanca. 2003.
- JIMÉNEZ DE ASÚA, L., *El estado peligroso. Nueva fórmula para el tratamiento penal y preventivo*, Imprenta de Juan Pueyo, Madrid, 1922.
- JUGINGER, J., PARKS-LEVY, J., MCGUIRE, L. “Delusions an symptom-consistent violence”, *Psychiatric Services*, Vol. 49, 1998.
- KARIMINIA, A., LAW, M. G., BUTLER, T. G. “Suicide risk among recently released prisoners in New South Wales, Australia”, *Med J Aust*, Vol. 187, 2007.
- KARIMINIA, A., LAW, M., BUTLER, T., CORBEN, S. P., LEVY, M. H., KALDOR, J. M. “Factors associated with mortality in a cohort of Australian prisoners”, *Eur J Epidemiol*, Vol. 22, 2007.

KARIMINIA, A., LAW, M. G., BUTLER T. G., LEVY, M. H., CORBEN, S. P., KALDOR, J. M., GRANT, L. "Suicide risk among recently released prisoners in New South Wales, Australia.", *Med J Aust.* Vol. 187, 2007.

KARIN ARBACH, K., ANDRÉS PUEYO, A. "Valoración del riesgo de violencia en enfermos mentales con el HCR-20", *Papeles del Psicólogo*, Vol. 28, 2008.

KEEM, J. L., MULVEY, E. P., APPELBAUM, P. S., BANKS, S., GRISSO, T., SILVER, E. "Identifying subtypes of civil psychiatric patients at high risk for violence", *Criminal Justice and Behavior*, Vol. 31, 2004.

KESSLER, R. C., NELSON, C. B., MCGONAGLE, K. A., EDLUND, M. J., FRANK, R. G., LEAF, P. J. "The epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders: Implications for prevention and serviceutilization", *The American Journal of Orthopsychiatry*, Vol. 66, 1996.

KRAEMER, H. C., STICE, E., KAZDIN, A., OFFORD, D., KUPFER, D. "How do risk factors work together? Mediators, moderators, and independent, overlapping and proxy risk factors". *American Journal of Psychiatry*, Vol. 158, 2001.

KRAKOWSKY, M., CZOBOR, P., CHOU, J. "Course of violence in patients with schizophrenia: relationship to clinical symptoms", *Schizophrenia Bulletin*, Vol. 25, 1999.

KRUG, E. G., MERCY, J. A., DAHLBERG, L. L., ZWI, A. B. "The world report on violence and health", *Lancet*, Vol. 360, 2002.

KRUG, E.G, DAHLBERG, L.L, MERCY, J.A, ZWI, A.B, LOZANO, R. "World report on violence and health", *Geneva: World Health Organization*, 2002.

KUCHARSKI, L. T., TOOMEY, J. P., FILA, K., DUNCAN, S. "Detection of malingering of psychiatric disorder with the Personality Assessment Inventory: An investigation of criminal defendants", *Journal of Personality Assessment*, Vol. 88, 2007.

KUCHARSKI, L.T., DUNCAN, S., EGAN, S.S., FALKENBACH, D. M. "Psychopathy and malingering of psychiatric disorder in criminal defendants". *Behav Sci Law*.

KURLYCHEK, ROBERT-T., JORDAN, L. "MMPI profiles and code types of responsible and nonresponsible criminal defendants", *Journal of Clinical Psychology*, Vol 36, 1980.

LALUMIÈRE, M. L., QUINSEY, V. L. "Sexual deviance, antisociality, mating effort and the use of sexually coerced behaviours", *Personal Individual Differences*, Vol. 21, 1996.

LAMB, H. R., WEINBERGER, L. E. "Persons with severe mental illness in jails and prisons: A review", *Psychiatric Services*, Vol. 49, 1998.

LANDECHO VELASCO, C. M., MOLINA BLAZQUEZ, C. *Derecho Penal español. Parte general*, 6ª ed., Tecnos, Madrid, 2000.



- LANGE, R. T., SULLIVAN, K. A., SCOTT, C. “Comparison of MMPI-2 y PAI validity indicators to detect feigned depresión and PTSD symptom reporting, *Psychiatry Research*, Vol. 176, 2010.
- LANYON, R. I. “Development and validation of a psychological screening inventory”, *Journal Consult Clin Psychol*, Vol. 35, 1970.
- LARRABEE, G. J. *Forensic Neuropsychology. A scientific approach*, Oxford University Press, Oxford, 2005.
- LEE, A., BOONE, K. B., LESSER, I., WOHL, M., WILKINS, S., PARKS, C. “Performance of older depressed patients on two cognitive malingering tests: false positive rates for the Rey 15-item memorization and dot counting tests”, *Clinica Neuropsychology*, Vol. 3, 2000.
- LEES-HALEY, P. R. “Psychodiagnostic test usage by forensic psychologists”, *American Journal of Forensic Psychology*, Vol. 10, 1992.
- LESS-HALEY, P. R., ENGLISH, L. T. GLENN, W. T. “A fake-bad scale on the MMPI-2 for personal injury claimants”, *Psychological Reports*, Vol. 68, 1991.
- LEMOS, S. “Simulación, engaño y mentira”. *Papeles del Psicólogo*, Vol. 26, 2005.
- LENZENWEGER, M. F., LANE, M. C., LORANGER, A. W. “DSM-IV personality disorders in the National Comorbidity Survey Replication”, *Biol Psychiatry*, Vol. 62, 2007.
- LESS-HALEY, P. R., ENGLISH, L. T. GLENN, W. T. “A fake-bad scale on the MMPI-2 for personal injury claimants”, *Psychological Reports*, Vol. 68, 1991.
- LEZAK, M. D., HOWIESON, D., LORING, D. W. *Neuropsychological Assessment*. Oxford University Press. New York. 2004.
- LINDQVIST, P., SKIPWORTH, J. “Evidence-based rehabilitation in forensic psychiatry”, *British Journal of Psychiatry*, Vol. 176, 2000.
- LINK, B. G., STUEVE, A. “Psychotic symptoms and the violent/ illegal behavior of mental patients compared to community controls”, *University of Chicago Press*, 1994.
- LINK, B., ANDREWS, H., CULLEN, F. T. “The violent and illegal behavior of mental patients reconsidered”, *American Sociological Review*, Vol. 57, 1992.
- LITWACK, T., KIRSCHNER, S., WACK, R. “The assessment of dangerous and predictions of violence: Recent research and future prospect”, *Psyquiatric Quartely*, Vol. 64, 1993.
- LIVESLEY, W. J., JACKSON, D. N. *Dimensional Assessment of Personality Pathology manual*. Sigma, Port Huron, 1999.
- LOCHNER, L., MORETTI, E. “The effect of education on crime: Evidence from prison inmates, arrests and self report”, *The American Economic Review*, Vol. 94, 2004.

LOGAN, C. “Narcisismo” en MCMURRAN, M., HOWARD, R. *Personality, personality disorder, and violence: An evidence based approach*, Willey-Blackwell Publishing, Chichester, United Kingdom, 2009.

LOHNER, J., KONRAD, N. “Risk factors for self-injurious behaviour in custody: problems of definition and prediction”, *International Journal Prison Health*, Vol. 3, 2007.

LOPEZ LOPEZ, A. “El enfermo mental y la legislación penitenciaria. Psiquiatría Penitenciaria, perspectiva histórica y actual”, en DELGADO BUENO, S., MAZA MARTIN, J. M. *Tratado de Medicina Legal y Ciencias Forenses*, Bosch, Barcelona, 2013.

LÓPEZ LÓPEZ, A., “El enfermo mental en prisión: perspectiva psiquiátrica”, en VENTURA MAS, S., SANTOS URBANEJA, F. *Estudios de Derecho Judicial*.

LUBIN, B., LARSEN, R. M., MATARAZZO, J. D. “Patterns of psychological test usage in the United States: 1935-1982”, *American Psychological*, Vol. 39, 1984.

LUNA, A., OSUNA, E. “Drogas de abuso” en VILLANUEVA CAÑADAS, E., *Medicina Legal y Toxicología*, Gisbert Calabuig, Masson, Barcelona, 2004.

MADEN, A. *Treating violence: a guide to risk management in mental health*. Oxford, Oxford Univ. Press, 2007.

MADEN, A. *Treating violence: a guide to risk management in mental health*, Oxford Univ. Press, Oxford, 2007.

MAGHSOODLOO, S., GHODOUSI, A., KARIMZADEH, T. “The relationship of antisocial personality disorder and history of conduct disorder with crime incidence in schizophrenia”, *J Res Med Sci*, 2012.

MARTÍNEZ PEREDA, J. M. “La imputabilidad”, La Ley, Madrid, 1996.

MARZUK, P. M. “Violence, Crime, and Mental Illness. How Strong a Link?”, *Archives of General Psychiatry*, Vol. 53, 1996.

MCDANIELS-WILSON, C., BELKNAP, J. “The extensive sexual violation and sexual abuse histories of incarcerated women”, *Violence Against Women*, Vol. 14, 2008.

MCDERMOTT, B. E., FELDMAN, M. D. “Malingering in the medical setting”, *Psychiatric Clinics of North America*, Vol. 30, 2007.

McDERMOTT, B. E. “Psychological testing and the assessment of malingering”, *Psychiatric Clinics of North America*, Vol. 35, 2012.

MCGUIRE, B. E., SHORES, E. A. “Simulated pain on the Symptom Checklist 90-Revised”, *Journal Clinical Psychology*, Vol. 57, 2001.

- MEDOFF, D. "MMPI-2 validity scales in child custody evaluations: Clinical versus statistical significance", *Behavioral Sciences and the Law*, Vol. 17, 1999.
- MEANEY, M. J., SZYF, M., SECKL, J. R. "Epigenetic mechanisms of perinatal programming of hypothalamic-pituitary-adrenal function and health", *Trends Mol Med*, Vol. 13, 2007.
- MESZAROS, K., FISCHER-DAZINGER, D. "Extended suicide attempt: psychopathology, personality and risk factors". *Psychopathology*, Vol. 33, 2000.
- MEYER-LINDENBERG, A., BUCKHOLTZ, J. W., KOLACHANA, B., HARIRI, A. R., PEZAWAS, L., BLASI, G. "Neural mechanisms of genetic risk for impulsivity and violence in humans", *Proc Natl Acad Sci, EE.UU*, Vol. 103, 2006.
- MEYERS, J. E., MILLIS, S. R., VOLKERT, K. "A validity index for the MMPI-2", *Archives of Clinical Neuropsychology*, Vol. 17, 2002.
- MICZEK, K. A., FISH, E. W., DE BOLD, J. F., DE ALMEIDA, R. M. M. "Social and neural determinants of aggressive behavior: pharmacotherapeutic targets at serotonin, dopamine and gamma-aminobutyric acid systems", *Psychopharmacology*, Vol. 163, 2002.
- MILLER, H., CARTLIDGE, N. "Simulation and malingering after injuries to the brain and spinal cord", *Lancet*, Vol. 11, 1972.
- MILLER, R. D. "An update on involuntary civil commitment to outpatient treatment", *Hospital and Community Psychiatry*, Vol. 43, 1992.
- MILLON, T., DAVIS, R. *Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV*, Masson, Barcelona, 1998.
- MILLON, T. "Reflections on the future of DSM axis II", *Journal Personal Disorder*, Vol. 14, 2000.
- MILNER, J., CAMPBELL, J. "Prediction issues for practitioners", en J. C. Campbell (ed.). *Assessing dangerousness: Violence by sexual offenders, batterers and child abusers*, Sage Publicatiots, Minnesota, 1995.
- MONAHAN, J. "Mental disorder and violent behavior", *American Psychologist*, Vol. 47, 1992.
- MONAHAN, J. *The clinical prediction of violent behaviour*, National Institute of Mental Health, Rockville, 1981.
- MONAHAN, J., STEADMAN, H. J., APPELBAUM, P. S., ROBBINS, P. C., MULVEY, E. P., SILVER, E., ROTH, L. H., GRISSO, T. "Developing a clinically useful actuarial tool for assessing violence risk", *British Journal of Psychiatry*, Vol. 176, 2000.

MONAHAN, J., STEADMAN, H. J., SILVER, E., APPELBAUM, P. S., CLARK ROBINS, P., MULVEY, E. P. "Rethinking risk assessment. The MacArthur Study of Mental Disorder and Violence", New York, USA: Oxford University Press, 2001.

MONAHAN, J., STEADMAN, H. J., SILVER, E., APPELBAUM, P. S., ROBBINS, P. C., MULVEY, E. P., ROTH, L. H., GRISSO, T., BANKS, S. *Rethinking risk assessment: The Macarthur study of mental disorder and violence*, Oxford University Press, Oxford, 2001.

MONAHAN, J., STEADMAN, H. J., SILVER, E., APPELBAUM, P. S., ROBBINS, P. C., MULVEY, E. P., ROTH, L. H., GRISSO, T., BANKS, S. *Rethinking risk assessment: The Macarthur study of mental disorder and violence*, Oxford University Press, Oxford, 2001.

MONTGOMERY, B., WILSON, P. R. *Predicting Dangerousness: Discussion paper*, Bond University, Australia, 1998.

MORERA, B., HUESO, V., MARTINEZ, L. "Conductas violentas y enfermedad mental: predicción y abordaje en pacientes hospitalizados", *Archivos de Psiquiatría*, Vol. 64, 2001.

MOREY, L. C. *Personality Assessment Inventory: Professional manual*, Psychological Assessment Resources, Tampa.

MORGAN, R. D., WILLIAM, H., FISHER, W. H., DUAN, N., MANDRACCHIA, J. T., MURRAY, D. "Prevalence of Criminal Thinking among State Prison Inmates with Serious Mental Illness", Vol. 34, 2010.

MORILLAS CUEVA, L. "Relaciones entre la pena y la medida de seguridad. Los diversos sistemas de regulación", *Teoría de las consecuencias jurídicas del delito*, Tecnos, Madrid, 1991.

MORRISSEY, J. P., MEYER, P., CUDDEBACK, G. "Extending ACT to criminal justice settings: Origins, current evidence and future directions", *Community Mental Health Journal*, Vol. 43, 2007.

MORRISSEY, J. P., FAGAN, J. A., COCOZZA, J. J. "New models of collaboration between criminal justice and mental health systems", *American Journal Psychiatry*, Vol. 166, 2009.

MOSSMAN, D. "Assessing predictions of violence: being accurate about accuracy", *Journal of consulting and clinical Psychology*, Vol. 62, 1994.

MOSSMAN, D. "Commentary: Assessing the Risk of Violence-Are the "Accurate" Predictions Useful?", *Journal of the American Academy of Psychiatry and Law*, Vol. 28, 2000.

MULLEN, P. E., BURGESS, P., WALLACE, C., PALMER, S., RUSCHENA, D. "Community care and criminal offending in schizophrenia", *Lancet*, Vol. 355, 2000.

- MULLER-ISBERNER, R. "Criminality of mental ill patients in general psychiatry", *European Psychiatry*, Vol. 17, 2000.
- MÜLLER-ISBERNER, R. "The Management of Mentally Disordered Offenders in Germany", en BLAUUWY, E. *Mentally disordered Offenders*, Elsevier, Arizona, 2002.
- MULVEY, E. P., LIDZ, C. "Conditional prediction: a model for research on dangerousness to others in a new era", *Int J Law Psychiatry*, Vol. 18, 1995.
- MUNETZ, M. R., GRANDE, T. P., CHAMBERS, M. R. "The incarceration of individuals with severe mental disorders", *Community Mental Health*, Vol. 34, 2001.
- MUNETZ, M. R., GRIFFIN, P. A. "Use of the sequential intercept model as an approach to decriminalization of people with serious mental illness", *Psychiatric Services*, Vol. 57, 2006.
- MUÑIZ, J., FERNANDEZ HERMIDA, J. R. "La opinión de los psicólogos españoles sobre el uso de los test", *Papeles del Psicólogo*, Vol. 31, 2010.
- MUNK-JÖRGENSEN, P. "Has deinstitutionalization gone too far?", *European Archives of Psychiatry*, Vol. 249, 1999.
- MUÑOZ CESPEDES, J. M., PAUL LAPEDRIZA, N. "La detección de los posibles casos de simulación después de un traumatismo craneoencefálico", *Revista de Neurología*, Vol. 32.
- MUÑOZ CONDE, F., GARCÍA ARÁN, M. *Derecho Penal. Parte General*, 6ª ed., Valencia, Tirant lo Blanch, 2004.
- MUÑOZ CONDE, G., HEREDIA F. "La imputabilidad en la perspectiva de la actual legislación", *Revista Española de Medicina Legal*, Vol. 44, 1985.
- MUÑOZ, M., PÉREZ-SANTOS, E., CRESPO, M., GUILLÉN, A. I, IZQUIERDO, M. "La enfermedad mental en los medios de comunicación: un estudio empírico en prensa escrito, radio y televisión", *Clínica y Salud*, Vol. 22, 2011.
- NELSON, N. W., SWEET, J. J., DEMAKIS, G. J. "Meta-analysis of the MMPI-2 Fake Bad Scale: utility in forensic practice", *The Clinical Neuropsychologist*, Vol. 20, 2006.
- NELSON, R. J., TRAINOR, B. C. "Neural mechanisms of aggression", *Nat Rev Neurosci*, Vol.8, 2007.
- NESTOR, P. "Mental disorder and violence", *American Journal Psychiatry*, Vol. 159, 2002.
- NICHOLS, D. S., GREENE, R. L. New measures for dissimulation on the MMPI/MMPI-2. Comunicación presentada al 26 Simposio Anual sobre Desarrollos Recientes en el Uso del MMPI (MMPI-2/MMPI-A), St. Petersburg Beach, FL, 1991.

- NICHOLSON, R. A., MOUTON, G. J., BAGBY, R. M., BUIS, T., PETERSON, S. A., BUIGAS, R. A. “Utility of MMPI-2 indicators of response distortion: receiver operating characteristics analysis”, *Psychological Assessment*, Vol. 9, 1997.
- NIELSSEN, O. B., MALHI, G. S., MCGORRY, P. D., LARGE, M. M. „Overview of violence to self and others during the first episode of psychosis”, *Journal Clinical Psychiatry*, Vol. 73, 2012.
- NILSSON, T., MUNTHE, C., GUSTAVSON, C., FORSMAN, A., ANCKARSÄTER, H. “The precarious practice of forensic psychiatric risk assessments”, *International Journal Law and Psychiatry*, Vol. 32, 2009.
- NOLAN, K. A., VOLAVKA, J., MOHR, P. “Psychopathy and violent behavior among patients with schizophrenia or schizoaffective disorder”, *Psychiatric Services*, Vol. 50, 1999.
- NORKO, M. A. “Commentary: Dangerous a failed paradigm for Clinical Practice and Service Delivery”, *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, Vol. 28, 2000.
- OGLOFF, J., DAVIS, M. “Assessing risk for violence in the Australian context”, en CHAPPELI, D., WILSON, P. *Issues in Australian Crime and Criminal Justice*, Lexis Nexis Butterworths, Chatswood, 2005.
- OKASHA, A. “Mental Patients in prisons: punishment versus treatment”, *World Psychiatry*, Vol. 3, 2004.
- ORTIZ-TALLO, M., FIERRO, A., BLANCA, M. J., CARDENAL, V., SÁNCHEZ, L. M. “Factores de personalidad y delitos violentos”, *Psicothema*, Vol. 18, 2006.
- OSUNA, E. “Imputabilidad y consumo de sustancias tóxicas: pericia psiquiátrica forense”, *Revista Española de Drogodependencias*, Vol. 38, 2013.
- OSUNA, E., ALARCÓN, C., LUNA, A. “Personality traits in juvenile maladjustment”, *Journal Forensic Science*, Vol. 37, 1992.
- OSUNA, E., LUNA, A. “Family conflictivity and social maladjustment”, *Medical and Law*, Vol. 7, 1998.
- OSUNA, E., LUNA, A. “Impulsivity and attention perception features in relation to juvenile delinquency”, *Journal Forensic Science*, Vol. 34, 1989.
- OSUNA, E., LUNA, A. “Psychological traits and Criminal profiles”, *Medical and Law*, Vol. 12, 1993.
- OTTO, R. “Use of the MMPI-2 in forensic settings”, *Journal of Forensic Psychology Practice*, Vol. 2, 2002.

PALMER, A., BORRÁS, C., PÉREZ-PAREJA, J., SESÉ, A., VILARIÑO, M. “Are patients with chronic pain and fibromyalgia correctly classified by MMPI-2 validity scales and indexes?”, *European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, Vol. 5, 2013.

PARDO LÓPEZ, M. M. “Intimidad personal, protección de datos sanitarios en intromisiones legítimas: Una proyección hipotética de la doctrina *Tarasoff* sobre el ordenamiento jurídico español”, *Anales de Derecho*, Universidad de Murcia, Vol. 25, 2007.

PATO RODRÍGUEZ, E. “Trastornos mentales en reclusos del centro penitenciario de Villabona. Principado de Asturias”, en HERNANDEZ, M, HERRERA, R. *La atención a la salud mental de la población reclusa*, Editorial: Asociación Española de Neuropsiquiatría, Madrid, 2003.

PELECHANDO, V., DE MIGUEL, A., HERNÁNDEZ, M. “Trastornos de Personalidad”, en BELLOCH A., SANDIN, B., RAMOS, F. *Manual de Psicopatología*, McGraw-Hill, Madrid, 1995.

PERA, S. B., DAILLIET, A. “Homicide by mentally ill: clinical and criminological análisis”, *Encephale*, 2005.

PÉREZ RAMÍREZ, M., REDONDO ILLESCAS, S., MARTÍNEZ GARCÍA, M., GARCÍA FORERO, C., ANDRÉS PUEYO, A. “Predicción de riesgo de reincidencia en agresores sexuales”, *Psicothema*, Vol. 20, 2008.

PÉREZ, E. “¿Psiquiatría penitenciaria?”, *Rev Esp Sanid Penit*, Vol. 6, 2004.

PÉREZ-PAREJA, J., SESÉ, A., GONZÁLEZ-ORDI, H., PALMER, A. “Fibromyalgia and chronic pain: Are there discriminating patterns by using the Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2)?”, *International Journal of Clinical and Health Psychology*, Vol. 10, 2010.

PESCOSOLIDO, B., MONAHAN, J., LINK, B., STUEVE, A., KIKUZAWA, S. “The public’s view of the competence, dangerousness, and need for legal coercion of persons with mental health problems”, *American Journal of Public Health*, Vol. 89, 1999.

PHELAN, J. C., LINK, B. “The growing belief that people with mental illnesses are violent: the role of the dangerousness criterion for civil commitment”, *Soc Psychiatry Epidemiology*, Vol. 33, 1998.

PIOTROWSKI, C. “Assessment of pain: A survey of practicing clinicians”, *Perceptual and Motor Skills*, Vol.86, 1998.

PONDE, M. P., FREIRE, A. C., MENDONCA M. S. The prevalence of mental disorders in prisoners in the city of Salvador, Bahia, Brazil”, *Journal Forensic Science*, Vol. 56, 2011.

- PONDE, M. P., CARON, J., MENDONÇA, M. S., FREIRE, A. C., MOREAU, N. The Relationship Between Mental Disorders and Types of Crime in Inmates in a Brazilian Prison”, *Journal Forensic Science*, 2014.
- PRATT, D., APPLEBY, L., PIPER, M., WEBB, R., SHAW, J. “Suicide in recently released prisoners: a case-control study”, *Psychology Medical*, Vol. 40, 2010.
- PRINS, H. *Will they do it again: Risk assessment and management in criminal justice and psychiatry*, Routledge, Londres, 1999.
- PUEYO, A., REDONDO, S. “Predicción de la violencia: entre la peligrosidad y la valoración del riesgo de violencia”, *Papeles del psicólogo*, Vol. 28, 2007.
- PUTKONEN, A., KOTILAINEN, I., JOYAL, C. C., TIIHONEN, J. “Comorbid personality disorders and substance use disorders of mentally ill homicide offenders: A structured clinical study on dual and triple diagnosis”, *Schizophreny Bulletin*, Vol. 30, 2004.
- QUINSEY, V. L., HARRIS, G. T., RICE, M. E., CORMIER, C. A. *Violent offenders. Appraising and managing risk*, American Psychologic Association, Washington, 1998.
- QUINSEY, V. L., HARRIS, G. T., RICE, M. E., Y CORMIER, C. A. *Violent offenders. Appraising and managing risk*, American Psychologic Association, Washington, 1998.
- QUINSEY, V. L., HARRIS, G. T., RICE, M. E., Y CORMIER, C. A. *Violent offenders. Appraising and managing risk*. Washington: American Psychologic Association, 1998.
- QUINSEY, V. L., LALUMIÈRE, M. L., RICE, M. E., Y HARRIS, G. T. “Predicting sexual offenses”, en CAMPBELL, J. *Assessing dangerousness: Violence by sexual offenders, batterers and child abusers*, Thousand Oaks, CA: Sage Publicaions., 1995.
- RABKIN, J. G. “Criminal behavior of discharged mental patients: a critical appraisal of the research”, *Psychological Bulletin*, Vol. 86, 1979.
- RAINE, A., LENCZ, T., BIHRLE, S., LACASSE, L., COLLETTI, P. “Reduced prefrontal gray matter volume and reduced autonomic activity in antisocial personality disorder”, *Arch Gen Psychiatry*, Vol. 57, 2000.
- RAINE, A., SANMARTÍN, J. *Violencia y Psicopatía*, Editorial Ariel, Barcelona, 2000.
- REDONDO, S., ANDRÉS PUEYO, A. “La psicología de la delincuencia”, *Papeles del Psicólogo*, Vol. 3, 2007.
- REES, L. M., TOMBAUGH, T. N. *Validation of the Test of Memory Malingering (TOMM) using a simulation paradigm*, Comunicación presentada en al Annual Meeting of the International Neuropsychological Society, Chicago, 1996.
- REISS, A., ROTH, J. *Understanding and preventing violence*, National Academic Press, Washington, 1993.



- REGIER, D. A., FARMER, M. E., RAE, D. S., LOCKE, B. Z., KEITH, S. J., JUDD, L. J., GOODWIN, F. K. “Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study”, *Journal of the American Medical Association*, Vol. 264, 1990.
- RESSLER, R. K., BURGESS, A. W., HARTMAN, C. R., D’AGOSTINO, R. B. “Sexual Killers and their victims: Identifying patterns through crime scene analysis”, *Journal Interpersonal Violence*, Vol. 1, 1986b.
- REZNEK, L. “The Rey 15-item memory test for malingering: A meta-analysis”, *Brain Injury*, Vol. 19, 2005.
- RICHARD-DEVANTOY, S., BOUYER-RICHARD, A. I., JOLLANT, F., MONDOLONI, A., VOYER, M., SENON, J. L. Homicide, schizophrénie et abus de substances : des liaisons dangereuses. *Rev Epidemiol Sante Publique*. Vol. 61, 2013.
- RIESCO, Y. *Estudio de los trastornos de la personalidad en población penal con el “Examen de los trastornos de personalidad de Loranger, Susman, Olman y Russakoff” y el “MMPI”*. Tesis doctoral. Salamanca, Facultad de Medicina de la Universidad de Salamanca, 1997.
- ROBERTSON, C. A., KNIGHT, R. A. “Relating sexual sadism and psychopathy to one another, non-sexual violence, and sexual crime behaviors”, *Aggress Behaviors*, Vol. 40, 2014.
- ROBINSON, D. N. “The general duty to all the world”, en J. RADDEN, J. *The Philosophy of Psychiatry*, Oxford University Press, Oxford, 2004.
- RODRÍGUEZ, A., LÓPEZ, J. M., ANDRÉS PUEYO, A. “Personalidad y comportamiento penitenciario”, *Psicothema*, Vol. 14, 2002.
- ROGERS, R. “Current status of clinical methods”, en ROGERS, R. (Ed.), *Clinical assessment of malingering and deception*, (2ª ed.), Guilford Press, New York, 1997.
- ROGERS, R. “Development of a new classificatory model of malingering”, *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law*, Vol. 18, 1990a.
- ROGERS, R. “Toward an empirical model of malingering and deception”, *Behavioral Sciences and the Law*, Vol. 2, 1984.
- ROGERS, R. SEWELL, K. W., MARTIN, M. A., VITACCO, M. J. “Detection of feigned mental disorders: A meta-analysis of the MMPI-2 and malingering”, *Assessment*, Vol. 10, 2003.
- ROGERS, R., BENDER, S. D. “Evaluation of Malingering and Deception” en GOLDSTEIN, A. M. *Handbook of Psychology*, Wiley, New Jersey, Vol. 11, 2003.

ROGERS, R. "Detection Strategies for Malingering and Defensiveness" en ROGERS, R. *Clinical Assessment of Malingering and Deception*, 3ª ed., Guilford Press, Nueva York, 2008b.

ROGERS, R., SEWELL, K. W., MARTIN, M. A., VITACCO, M. J. "Detection of feigned mental disorders: A meta-analysis of the MMPI-2 and malingering", *Assessment*, Vol. 10, 2003.

ROGERS, R., SEWELL, K., MOREY, L., USTAD, K. "Detection of feigned mental disorders on the Personality Assessment Inventory: A discriminant analysis", *Journal of Personality Assessment*, Vol 67, 1996.

ROGERS, R., VITACCO, M. J. "Forensic assessment of malingering and related response styles", en VAN DORSTEN, B. (Ed.), *Forensic Psychology: From Classroom to Courtroom*, New York, NY: Kulwer Academic Press, New York, 2002.

ROGERS, R. "Current status of clinical methods" en ROGERS, R. *Clinical assessment of malingering and deception*, New York, 2008.

ROGERS, R., BAGBY, R., CHAKRABORTY, D. "Feigning schizophrenic disorders on the MMPI-2. Detection of coached simulator", *Journal of Personality Assessment*, Vol. 60, 1993.

ROJAS MARCOS., L. *Las semillas de la violencia*, Espasa Calpe, Barcelona, 1995.

ROMAN, D., TULEY, M., VILLANUEVA, M., MITCHELL, W. "Evaluating MMPI validity in a forensic psychiatric population: distinguishing between malingering and genuine psychopathology", *Criminal Justice and behaviour*, Vol. 17.

ROMEO CASABONA, C. M., *Peligrosidad y Derecho Penal Preventivo*, Bosch Editor, Barcelona, 1986.

ROSENBAUM, M. "The role of depression in couples involved in murder suicide and homicide", *American Journal of Psychiatry*, Vol. 147, 1990.

RUITER, C., TRESTMAN, R. L. "Prevalence and treatment of personality disorders in Dutch forensic mental health services", *Journal American Academy Psychiatry and Law*, Vol. 35, 2007.

RUTTER, M., GILLER, H., HAGELL, A. "Antisocial behavior by young people", Cambridge University Press, New York, 1998.

RUTTER, M., GILLER, H., HAGELL, A. "Antisocial behavior by young people", New York: Cambridge University Press; 1998.

SÁNCHEZ CRESPO, G. *Sensibilidad de las escalas e indicadores de validez en el perfil de personalidad del MMPI-2*, Ediciones Universidad de Salamanca, Salamanca., 2002.

SANMARTIN., J. *El laberinto de la violencia*, Ariel, Barcelona, 2004.

- SAREEN, J., STEIN, M. B., COX, B. J., HASSARD, S. T. "Understanding comorbidity of anxiety disorders with antisocial behaviour: findings from two large community surveys", *Journal Nerv Mental Disorder*, Vol. 192, 2004.
- SCHANDA, H. "The Ashenputtel principle in modern mental health care". *Criminal Behaviour and Mental Health*, Vol. 9, 1999.
- SCHENEIDER, K. *Las personalidades psicopáticas*, Morata, Madrid, 1980.
- SCHUTTE, J. W. "Using the MCMI-III in forensic evaluations", *American Journal of Forensic Psychology*, Vol. 19, 2001.
- SELLBOM, M., BAGBY, R. M. "Response styles on multiscale inventories" en ROGERS, R. *Clinical assessment of malingering and Deception*, 3ª ed., The Guilford Press, New York, 2008.
- SERIN, R. *Decision Issues in Risk Assessment*. Forum on Corrections Reseach, Vol. 5, 1993.
- SERRANO GÓMEZ, A., "Ley de peligrosidad y rehabilitación social", *Instituto Nacional de Estudios Jurídicos*, 1974.
- SELLBOM, M., BEN-PORATH, Y. S., MCNULTY, J. L., ARBISI, P. A., GRAHAM, J. R. "Elevation differences between MMPI-2 clinical and restructured clinical (RC) scales: frequency, origins, and interpretative implications", *Assessment*, Vol. 13, 2006.
- SELLERS, C. L., SULLIVAN, C. J., VEYSEY, B. M., SHANE, J. M. "Responding to persons with mental illnesses: Police perspectives on specialized and traditional practices", *Behavioral Sciences and the Law*, Vol. 23, 2005.
- SEWELL, K. W., ROGERS, R. "Response consistency and the MMPI-2: Development of a simplified screening scale, *Assessment*, Vol. 1, 1994.
- SHAFFER, C., WATERS, W., ADAMS, J. "Dangerousness: Assessing the Risk of Violent Behavior", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 62, 1994.
- SHAW, J., APPLEBY, L., AMOS, T., MCDONNELL, R., HARRIS, C., MCCANN, K. "Mental disorder and clinical care in people convicted of homicide: national clinical survey", *BMJ*, Vol. 318, 1999.
- SHAW, J., HUNT, I. M., FLYNN, S., MEEHAN, J., ROBINSON, J., BICKLEY, H. "Rates of mental disorder in people convicted of homicide: national clinical survey", *British Journal Psychiatry*, Vol. 188, 2006.
- SILVER, E. "Understanding the relationship between mental disorder and violence: the need for a criminological perspective", *Law and Human Behavior*, Vol. 30, 2006.

SKEEM, J. L., MULVEY, E. P. "Psychopathy and community violence among civil psychiatric patients: results from the MacArthur Violence Risk Assessment Study", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 69, 2001.

SLICK, D. J., SHERMAN, E. M., IVERSON, G. L. "Diagnostic criteria for malingering neurocognitive dysfunction: Proposed standards for clinical practice and research", *The Clinical Neuropsychologist*, Vol. 13.

SLICK, D. J., TAN, J. E., STRAUSS, E. H., HULTSCH, D. F. "Detecting malingering: a survey of experts practices", *Archives of Clinical Neuropsychology*, Vol. 19, 2004.

SMITH, G. P. "Brief screening measures for the detection of feigned psychopathology" en ROGERS, R. *Clinical assessment of malingering and deception*, 3ª ed., The Guilford Press, New York, 2008.

SNOW, D.A., BAKER, S.G., ANDERSON, L. "Criminality and homeless men: An empirical assessment", *Social Problems*, Vol. 36, 1989.

SOBRAL, J., LUENGO, A., GÓMEZ-FRAGUELA, J. A., ROMERO, E., VILLAR, P. "Personalidad, género y criminalidad violenta en reclusos", *Psicothema*, Vol. 19, 2007.

SOLOFF, P. H., LIS, J. A., KELLY, T., COUNELIUS, J., ULRICH, R. "Risk factors for suicidal behavior in borderline personality disorder", *American Journal Psychiatry*, Vol. 151, 1994.

SOLOFF, P., WHITE, R., DIWADKAR, V. A. "Impulsivity, aggression and brain structure in high and low lethality suicide attempters with borderline personality disorder", *Psychiatry Res*, Vol. 222, 2014.

SREENIVASAN, S., KIRKISH, P., GARRICK, T., WEINBERGER, L.E., PHENIX, A. "Actuarial risk assessment models: a review of critical issues related to violence and sex-offender recidivism assessments", *J Am Acad Psychiatry Law*, Vol. 28, 2000.

STARCEVIC, V., BOGOJEVIC, G., MARINKOVIC, J. "The SCL-90-R as a Screening Instrument for Severe Personality Disturbance Among Outpatients with Mood and Anxiety Disorders", *Journal of Personality Disorders*, Vol. 14, 2000.

STEADMAN, H., MULVEY, E., MONAHAN, J., ROBBINS, P. C., APPELBAUM, P. S., GRISSO, T., ROTH, L. H., SILVER, E. "Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighborhoods", *Archives of General Psychiatry*, Vol. 55, 1998.

STEADMAN, H. J. "From Dangerousness to Risk Assessment of Community Violence: Talking stock all the turn of the Century", *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, Vol. 28, 2000.

- STEADMAN, H. J., DEANE, M. W., MORRISSEY, J. P., WESTCOTT, M. L., SALASIN, S., SHAPIRO, S. "A SAMHSA research initiative assessing the effectiveness of jail diversion programs for mentally ill persons", *Psychiatric Services*, Vol. 50, 1999.
- STEADMAN, H. J., MORRIS, S. M., DENNIS, D. L. "The diversion of mentally ill persons from jails to community-based services: A profile of programs", *American Journal of Public Health*, Vol. 85, 1995.
- STEADMAN, H. J., MULVEY, E. P., MONAHAN, J., CLARK ROBINS, P., APPELBAUM, P. S., GRISSO, T. "Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighbourhoods", *Archives of General Psychiatry*, Vol. 55, 1998.
- STEIN, L. I., TEST, M. A. "An alternative to mental health hospital treatment. I. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation", *Archives of General Psychiatry*, Vol. 37, 1980.
- STONE, M. H. "Violence", en OLDHAM, J. M, SKODOL, A. E., BENDER, D. S. *Textbook of Personality Disorders*, American Psychiatric Publishing, Washington, 2005.
- STRONG, D. R., GREENE, R. L., SCHINKA, J. A. "A taxometric analysis of MMPI-2 infrequency scales [F and F(p)] in clinical settings", *Psychological Assessment*, Vol. 12, 2000.
- STUART, H. "Violencia y enfermedad mental: una consideración general", *World Psychiatry*, Vol. 2, 2003.
- STUART, H., ARBOLEDA-FLÓREZ, J. "A public health perspective on violent offenses among persons with mental illness", *Psychiatric Services*, Vol. 52, 2001.
- SULLIVAN, K., KING, I. "Detecting faked psychopathology: a comparison of two tests to detect malingered psychopathology using a simulation design", *Psychiatric Research*, Vol. 176, 2010.
- SWANN, A. C. "Antisocial personality and bipolar disorder: interactions in impulsivity and course of illness", *Neuropsychiatry*, Vol. 1, 2011.
- SWANN, A. C., LIJFFIJT, M., LANE, S. D., STEINBERG, J. L., MOELLER, F. G. "Interacting mechanisms of impulsivity in bipolar disorder and antisocial personality disorder", *Journal Psychiatry Res*, Vol. 45, 2011.
- SWANSON, J. W., HOLZER, C. E. "Violence and ECA data", *Hospital community psychiatry*, Vol. 42, 1991.
- SWANSON, J. W., BORUM, R., SWARTZ, M. S., MONAHAN, J. "Psychotic symptoms and disorders and the risk of violent behaviour", *Criminal behavior and mental health*, Vol. 6, 1996.

SWANSON, J. W., HOLZER, C. E., GANJU, V. K., JONO, R. T. "Violence and the psychiatric disorder in the community: Evidence from the Epidemiologic Catchment Area surveys", *Hospital y Community Psychiatry*, Vol. 41, 1990.

SWANSON, J. W., SWARTZ, M. S., BORUM, R., HIDAY, V. A., WAGNER, R., BURNS, B. J. "Involuntary outpatient commitment and reduction of violent behavior in persons with severe mental illness", *British Journal of Psychiatry*, Vol. 176, 2000.

SWANSON, J. W., SWARTZ, M. S., GEORGE, L. K. "Interpreting the effectiveness of involuntary outpatient commitment: a conceptual model", *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, Vol. 25, 1997.

SWARTZ, M. S., SWANSON, J. W., HIDAY, V. A., BORUM, R., WAGNER, H. R., BURNS, B. J. "Violence and severe mental illness: The effects of substance abuse and nonadherence to medication", *The American Journal of Psychiatry*, Vol. 155, 1998.

SWINSON, N., FLYNN, S. M., WHILE, D., ROSCOE, A., KAPUR, N., APPLEBY, L. "Trends in rates of mental illness in homicide perpetrators", *British Journal Psychiatry*, Vol. 198, 2011.

TAYLOR, P. J., ESTROFF, S. E. "Schizophrenia and violence", en HIRSCH, S. R., WEINBERGER, D. R. *Schizophrenia*, Blackwell Publishing, Oxford, 2003.

TAYLOR, P. J., GUNN, J. "Homicides by people with mental illness: myth and reality", *British Journal Psychiatry*, Vol. 174, 1999.

TEIXEIRA, E. H., DALGALARRONDO, P. "Crime, psychiatric diagnosis and victims' profiles: a study with the sample of a criminal-psychiatric ward in Sao Paulo", *Journal Brasil Psiquiatria*, Vol. 55, 2006.

TEPLIN, L. A. "The prevalence of severe mental disorders among male urban jail detainees", *American Journal of Public Health*, Vol. 80, 1990.

TEPLIN, L. A., ABRAM, K. M., MCCLELLAND, G. M. "Prevalence of psychiatric disorders among incarcerated women jail detainees", *Archives of General Psychiatry*, Vol. 53, 1996.

TIIHONEN, J., HAKOLA, P., ERONEN, M., VARTIAINEN, H., RYYNÄNEN, O. P. "Risk of homicidal behavior among discharged forensic psychiatric patients", *Forensic Science International*, Vol. 79, 1996.

TIIHONEN, J., ISOHANNI, M., RÄSÄNEN, P., KOIRANEN, M., MORING, J. "Specific major mental disorders and criminality: A 26 year prospective study of the 1966 northern Finland birth cohort", *The American Journal of Psychiatry*, Vol. 154, 1997.

TORRES GONZÁLEZ, F. "Psiquiatría comunitaria", en VALLEJO RUILOBA, J., LEAL CERCÓS, C. *Tratado de Psiquiatría*, Ars Médica, Barcelona, Vol. 2, 2005.

- TORRES, X., BAILLES, E., COLLADO, A., TABERNER, J., GUTIÉRREZ, M., PERI, J. M., ARIAS, A., FULLANA, M. A., VALDÉS, M. “Symptom Checklist, Revised (SCL-90-R) es capaz de diferenciar entre la simulación y la fibromialgia”, *Journal Clinical Psychology*, Vol. 66, 2010.
- TORREY, E. F. “Jails and prisons—America’s new mental hospitals. American Journal of Public Health”, Vol. 85, 1995.
- TROTT, R. J. ”Commentary diminished responsibility and the drug scene”, *British Journal Addict*, Vol. 2, 1992.
- URRUELA MORA, A. “La culpabilidad como elemento dogmático en el marco de la teoría del delito”, *Imputabilidad Penal y anomalía y alteración psíquica*, Comares, Granada, 2004.
- URRUELA MORA, A., “Las medidas de seguridad y reinserción social en la actualidad. Presupuestos aplicativos de las mismas en virtud del marco normativo trazado por la Constitución de 1978 y el CP 1995” en *Las medidas de seguridad y reinserción social en la actualidad*, Comares, Granada, 2009.
- VICENS, E., TORT, V., DUEÑAS, R. M., MURO, A., PÉREZ-ARNAU, F., ARROYO, J. M. “The prevalence of mental disorders in Spanish prisons”, *Criminal Behavior Mental Health*, Vol. 21, 2011.
- VILAR LOPEZ, R. “La detección de simulación” en PEREZ GARCIA, M. *Manual de neuropsicología clínica*, Pirámide, Madrid, 2009.
- VILARIÑO, M., ARCE, F., FARIÑA, F. “Forensic-clinical interview: Reliability and validity for the evaluation of psychological injury”, *European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, Vol. 5, 2013.
- VILLAGRÁ, P., FERNÁNDEZ, P., GARCÍA-VEGA, E., GONZÁLEZ-MENÉNDEZ, A. “Dual Diagnosis in Prisoners: Childhood Sexual and Physical Abuse as Predictors in Men and Women”, *Int J Offender Ther Comp Criminol*, 2013.
- VILLANUEVA, E., VALENZUELA, A. “La prognosis criminal”, en *Medicina legal y Toxicología*, Gisbert Calabuig, 6ª ed., Masson, Barcelona, 2004.
- VIRKKUNEN, M., RAWLINGS, R., TOKOLA, R., POLAND, R. E., GUIDOTTI, A., NEMEROFF, C. “CSF biochemistries, glucose metabolism, and diurnal activity rhythms in alcoholic, violent offenders, fire setters, and healthy volunteers”, *Arch Gen Psychiatry*, Vol. 51, 1994.
- WALLACE, C., MULLEN, P., BURGESS, P. “Criminal offending in schizophrenia over a 25 year period marked by deinstitutionalization and increasing prevalence of comorbid substance use disorders”, *American Journal of Psychiatry*, Vol. 161, 2004.

WALLACE, C., MULLEN, P., BURGESS, P., PALMER, S., RUSCHENA, D., BROWNE, C. "Serious criminal offending and mental disorder", *British Journal of Psychiatry*, Vol. 172, 1998.

WALLACE, C., MULLEN, P., BURGESS, P., PALMER, S., RUSCHENA, D., BROWNE, C. "Serious criminal offending and mental disorder. Case linkage study", *British Journal Psychiatry*, Vol. 172, 1998.

WALMSLEY, R., *World Prison Population List*, 8 th ed., King's College London International Centre for Prison Studies, London, 2009.

WALSH, E., BUCHANAN, A., FAHY, T. "Violence and schizophrenia: examining the evidence", *British Journal of Psychiatry*, Vol. 180, 2002.

WALTERS, G. D, CRAWFORD, G. "Major mental illness and violence history as predictors of institutional misconduct and recidivism: Main and interaction effects", *Law Hum Behav*, Vol. 3, 2014.

WARD, A., DOCKERILL, J. "The Predictive Accuracy of the Violent Offender Treatment Program Risk Assessment Scale", *Criminal Justice and Behaviour*, Vol. 26, 1999.

WASLYLIW, O. E., GROSSMAN, L. S., HAYWOOD, T. W., CAVANAUGH, J. L. Jr. "The detection of malingering in criminal forensic groups: MMPI Validity Scales". *J Personality Assessment*, Vol 52, 1988.

WEBSTER, C. D., HUCKER, S. J. *Violence Risk. Assessment and management*. Chichester (U.K.): John Wiley y sons, 2007

WESSELY, S. "The epidemiology of crime, violence and schizophrenia", *British Journal of Psychiatry*, Vol. 170, 1997.

WHITE, M., CHAFETZ, L., COLLINS-BRIDE, G., NICKENS, J. "History of arrest, incarceration and victimization in community-based severely mentally ill", *Journal of Community Health*, Vol. 31, 2006.

WHITE, M., CHAFETZ, L., COLLINS-BRIDE, G., NICKENS, J. "History of arrest, incarceration and victimization in community-based severely mentally ill", *Journal of Community Health*, 2006, Vol. 31.

WIDOM, C. S. "Does violence beget violence? A critical examination of the literatura", *Psychol Bull*, Vol. 106, 1989b.

WIDOM, C. S. "The cycle of violence", *Science*, Vol. 244, 1989a.

WIDOWS, M. R., SMITH, G. P. "SIMS: Structured Inventory of Malingered Symptomatology. Professional manual" en LUTZ, F. L. *PAR: Psychological Assessment Resoures*, 2005.



WORLD HEALTH ORGANIZATION. Department of Mental Health and Substance Abuse. "Preventing suicide in jails and prisons". WHO and the International Association for Suicide Prevention. WHO Document Production Services, Geneva, Switzerland, 2007.

YANG, S., MULVEY, E. P. "Violence risk: redefining variables from the first-person perspective", *Aggress Violent Behaviour*, Vol. 17, 2012.

YEN, S., GAGNON, K., SPIRITO, A. "Borderline personality disorder in suicidal adolescents", *Personal Mental Health*, Vol. 7, 2013.

ZIMMERMAN, M., MARTINEZ, J., YOUNG, D., CHELMINSKI, I., MORGAN, T. A., DALRYMPLE, K. "Comorbid bipolar disorder and borderline personality disorder and history of suicide attempts", *Journal Personality Disorder*, Vol. 28, 2014.



## **MARCO JURISPRUDENCIAL Y OTRAS SENTENCIAS**



**Sentencias del Tribunal Constitucional (STC)**

Sentencia Tribunal Constitucional 23/1986, de 14 de Febrero –Sala Segunda-, en recurso de amparo n°. 746/1984.

Sentencia Tribunal Constitucional 21/1987 de 19 de febrero –Sala Segunda- en recurso de amparo n°. 1126/1985.

Sentencia Tribunal Constitucional 131/1987, de 20 de Julio –Sala Segunda- en recurso de amparo n°. 1195/1985.

**Sentencias del Tribunal Supremo (STS)**

Sentencia Tribunal Supremo de 20 de abril de 1987.

Sentencia Tribunal Supremo de 24 de Enero de 1991, 22 de Abril de 1993 y 3 de Junio de 1994

Sentencia Tribunal Supremo de 6 de Abril de 1992 y 23 de Enero de 1993.

Sentencia Tribunal Supremo de 5 de Octubre de 1991, 17 de Febrero de 1993, 31 de Mayo de 1994, 13 de Junio de 1994, 5 de Mayo de 1995, 19 de Diciembre de 1996, 23 de Noviembre de 1997, entre otras muchas.

Sentencia Tribunal Supremo de 8 de febrero de 1995.

Sentencia Tribunal Supremo de 31 de marzo de 1997.

Sentencia Tribunal Supremo Sala 5ª, de 28 de octubre de 1998.

Sentencia Tribunal Supremo de 17 de abril de 2000.

Sentencia Tribunal Supremo de 28 de mayo de 2002

Sentencia Tribunal Supremo de 2 de abril de 2004.

Sentencia Tribunal Supremo de 19 de enero de 2005.

Sentencia Tribunal Supremo Sala 2ª, de 25 de febrero de 2009.

Sentencia Tribunal Supremo de 23 de Abril de 2010.

Sentencia Tribunal Supremo de la Sala 2ª de 31 de enero de 2013.



## **ANEXOS**





## **ANEXO 1: FICHA DE SITUACIÓN SANITARIA, PENAL Y PENITENCIARIA**

**Paciente (Código):**

**Datos personales:**

**Edad:**

**Natural:**

**En el momento de comisión del hecho delictivo:**

**En el momento máximo de cumplimiento de la medida impuesta:**

**Estado civil:**

**Nº de hijos:**

**Vinculación familiar:**

**Lugar de nacimiento:**

**Lugar de residencia en el momento del hecho delictivo por el que cumple  
actualmente:**

**Profesión:**

**Nivel de estudios:**

**Incapacitación civil:**

**No**

**Sí**

**Tutor/a:**

**Datos sanitarios:**

**Diagnósticos psiquiátricos en sentencia:**

**Diagnósticos psiquiátricos en el HPP Alicante:**

**Otros diagnósticos psiquiátricos:**

**Antecedentes psi**

**Antecedentes de ingreso en Unidades Hospitalarias Psiquiátricas no penitenciarias (número de ingresos):**

**Enfermedades somáticas actuales:**

**Situación penal:**

**Internado judicial (en sentencia originaria) (arts. 20.1, 2 y 3 y 101.1, 2 y 3 CP):**

**Internado judicial (durante ejecución de pena, art. 60 CP).**

**Internado judicial + pena (Arts. 20.1, 2 y 3, 101.1, 2 y 3 y 104 CP):**

**Preventivo:**

**Duración de la medida/s impuesta/s:**

**Tiempo de prisión preventiva:**

**Imposición inicial de medida de internamiento en establecimiento no penitenciario:**

**Vida delictiva:**

**Delito por el que cumple actualmente:**

**Tipo de delito:**

**Entorno en el que se comete (familiar, laboral,...):**

**Antecedentes delictivos:**

**Tipo de delito/s:**

**Entorno en el que se comete (familiar, laboral,...):**

**Vida penitenciaria:**

**Centros penitenciarios ordinarios:**

**Duración del/os ingreso/s:**

**Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios:**

**Duración de la estancia en otros HHPPPP:**

**Duración de la estancia en el HPPA Alicante:**

**Salidas terapéuticas: No      Sí      Número de salidas efectuadas:**

**Permisos con familia:      No      Sí      Número de permisos disfrutados:**

**Otros datos de especial interés:**



## ANEXO 2: TABLAS DE ANÁLISIS DE CORRELACIÓN

### Análisis de correlación. Variable “Cociente intelectual” con variables delictivas.

		Pearson	Significación
CI	Nº ingresos psiquiátricos	-0,210	0,034
	Antecedentes delictivos	0,199	0,045

### Análisis de correlación. Variable “Nivel de estudios” con variables delictivas.

		Pearson	Significación
Nivel de estudios	Nº ingresos psiquiátricos	-0,199	0,045
	Antecedentes delictivos	0,261	0,008

### Análisis de correlación. Variable “Policonsumo” con variables psiquiátricas y delictivas.

		Pearson	Significación
Policonsumo	Edad sujeto	0,217	0,029
	Edad primer delito	0,239	0,017
	Nº ingresos psiquiátricos	-0,239	0,003
	Antecedentes psiquiátricos	0,238	0,016

**Análisis de correlación. Variable “Antecedentes psiquiátricos” con variables delictivas.**

		Pearson	Significación
Antecedentes psiquiátricos	Edad primer delito	0,245	0,013
	Edad primer ingreso prisión	0,245	0,013

**Análisis de correlación. Variable “Diagnóstico psiquiátrico” con “tipo de delito”.**

		Pearson	Significación
Diagnóstico psiquiátrico	Tipo de delito	0,223	0,025

**Análisis de correlación. Variable “Antecedentes delictivos” con variables delictivas.**

		Pearson	Significación
Antecedentes delictivos	Tipo delito	0,275	0,005
	Edad primer delito	0,253	0,010
	Edad ingreso en prisión	0,253	0,010

**Análisis de correlación. Variable “Tipo delito” con variables de la prueba SCL-90.**

		Pearson	Significación
Tipo delito	Depresión	0,295	0,003
	Ansiedad	0,338	0,001
	Hostilidad	0,264	0,007
	Psicoticismo	0,275	0,005
	GSI	0,285	0,004
	PSDI	0,334	0,001

**Análisis de correlación. Variable “Homicidio” con variables del test SCL-90.**

		Pearson	Significación
Homicidio	Depresión	0,274	0,005
	Ansiedad	0,328	0,001
	Hostilidad	0,320	0,001
	Psicoticismo	0,304	0,002
	GSI	0,303	0,002
	PSDI	0,335	0,001

**Análisis de correlación. Variable “Homicidio” con variables del test MMPI-2.**

		Pearson	Significación
Homicidio	Incoherencia	0,268	0,007
	F-Fb	0,252	0,031
	F-K	-0,230	0,020

**Análisis de correlación. Variable “Delitos contra la propiedad” con variables del test MMPI-2.**

		Pearson	Significación
Delitos contra la propiedad	Incoherencia	-0,211	0,034
	F posterior	-0,242	0,039

**Análisis de correlación. Variable “Delito contra la propiedad” con variables del test SCL-90.**

		Pearson	Significación
Delito contra la propiedad	Hostilidad	-0,221	0,025
	Ansiedad	-0,195	0,049
	Ansiedad fóbica	-0,245	0,013
	Ideación paranoide	-0,199	0,044
	Psicoticismo	-0,244	0,013
	GSI	-0,210	0,034
	PSDI	-0,350	0,000



**Análisis de correlación. Variable “Esquizofrenia” con variables psiquiátricas y delictivas.**

		Pearson	Significación
Esquizofrenia	Trastornos consumo	-0,465	0,000
	Trastornos de personalidad	-0,577	0,000
	Homicidio	0,272	0,006
	Lesiones	-0,267	0,007

**Análisis de correlación. Variable “Simulación” de la prueba MMPI-2 con variables de la prueba SCL-90.**

	Estadístico	Pearson	Significación
Simulación	Somatización	-0,237	0,017
	Obsesivo-compulsivo	-0,339	0,000
	Sensibilidad interpersonal	-0,366	0,000
	Depresión	-0,327	0,001
	Ansiedad	-0,344	0,000
	Hostilidad	-0,278	0,005
	Ansiedad fóbica	-0,418	0,000
	Ideación paranoide	-0,218	0,028
	Psicoticismo	-0,313	0,001
	GSI	-0,365	0,000
	PST	-0,296	0,003
	PSDI	-0,222	0,025