MÓDULO INSTRUCCIONAL

PSICOLOGÍA (JURIDICAY FORENSE)

Consultor Internacional:

Dr. **ENRIQUE ESBEC RODRÍGUEZ**

Médico Forense
Lic. y Doctor en Psicología
Madrid, España

Tegucigalpa, MDC., del 6 al 10 de febrero del 2006

INDICE

Pág.

CAPÍTULO I
I. Justificación del Curso……..……....3
Justificación del Contenido……..…3
Justificación del Método……..6

CAPÍTULO II
II. Objetivos……7
A) Objetivos en cuanto al contenido de conocimientos……...7
B) Objetivos en cuanto a la actitud perseguida……...10

CAPíTULO III
Metodología……10

CAPíTULO IV
Horario y su distribución……..14

CAPíTULO V
Programa……16

CAPíTULO VI
Objetivos concretos, resumen y principales presentaciones de los temas…21
Bloque 1. El Psicólogo ante la administración de justicia…….25
Bloque 2. Delitos específicos y presupuestos psicológicos (1): Etiología de la delincuencia. Violencia y trastorno mental. Psicopatología forense. Delitos específicos y presupuestos psicológicos (2): Concepto y valoración de la personalidad. Los Trastornos de la Personalidad…….……38
Bloque 3. Valoración de las bases psicopatológicas de la capacidad procesal e imputabilidad. Medidas de Seguridad privativas y no privativas de libertad. Perfiles criminales…….……45
Bloque 4. Valoración De la Peligrosidad Criminal (riesgo de reincidencia)...58
Bloque 5. Psicología del testimonio. Valoración de la credibilidad del testimonio en víctimas. Simulación y disimulación de trastornos mentales....62
Bloque 6. Psicología de la víctima. Lesiones y Secuelas Psíquicas……...71
Bloque 7. Psicología del interrogatorio y la valoración de la Prueba……... .79

CAPITULO I

I. JUSTIFICACIÓN DEL CURSO

Justificación del Contenido

En muchos estudios se ha puesto de manifiesto que los primeros hondureños, como otros pueblos mesoamericanos, cultivaron diversas ciencias, llegaron a tener grandes conocimientos en astronomía y una medicina basada en datos empíricos. Lograron un extraordinario manejo de la herbolaria; usaron además medicamentos de origen animal y mineral, y tuvieron especializaciones médicas, como hueseros y parteros. El chamanismo tuvo un uso destacado como terapia de enfermedades del espíritu, contra los maleficios, "sustos" y "pérdida del alma". En esta especialidad, además de la aplicación de medicamentos vegetales y animales, se empleaban la magia y la interpretación de los sueños acompañada de la ingestión, por parte del paciente o del médico, de sustancias psicoactivas, de las que los grupos mesoamericanos conocieron una gran variedad.

Desde la independencia en 1821, Honduras ha sido sacudida con casi 300 rebeliones internas, guerras civiles y cambios del gobierno, más de la mitad de ellos durante el siglo XX. Las elecciones libres, justas y pacíficas el 30 de noviembre de 1997, reflejaron la madurez de las instituciones democráticas de Honduras.

En un clima de solidaridad, comprensión y tolerancia, agudizado en gran medida en 1998 por la tragedia del Huracán Mitch que dejó a su paso a más de 5.000 muertos, se plasmó el Nuevo Código Procesal Penal publicado el 20 de mayo de 2000. El nuevo código supone un reconocimiento a la justicia, libertad y respeto por los derechos humanos.

El nuevo código procesal penal, consagra los principios de presunción de inocencia, juicio previo, derecho de defensa, contradicción, dignidad y libertad de los procesados. Subraya la independencia de jueces y magistrados, imparciales, sólo sometidos a la Constitución de La República, a los tratados y a las leyes.

En este marco legislativo que busca la verdad y la justicia, la psicología científica tiene una muy importante misión que cumplir, como se tratará de demostrar a lo largo del curso.

Las relaciones entre psicología y derecho son cada vez más estrechas y fructíferas. El Derecho y la Psicología son disciplinas que comparten un mismo objeto de estudio, la conducta humana, aunque sus objetivos son diferentes: mientras el derecho busca regular la conducta humana, la psicología por su

parte, se preocupa de su explicación y modificación.

A través del tiempo algunos autores han considerado a la Psicología como fundamento de la Ley positiva y de sus aplicaciones concretas, teniendo un papel fundamental tanto en su formulación racional, como en la aplicación y evaluación de sus resultados. De este modo las relaciones entre Psicología y ley son antiguas, y han pasado por diferentes estados y grados de aproximación lo que ha dependido fundamentalmente del propio desarrollo interno de cada una de ellas. Los acercamientos entre ambas disciplinas se han centrado en la necesidad de contar con los descubrimientos de la Psicología en la obtención de evidencias judiciales, en la valoración de la prueba, sentencia y veredicto; la calificación científica del psicólogo para emitir evaluaciones forenses, y la influencia de los conocimientos psicológicos sobre el cambio legal.

Tres son los acercamientos principales entre psicología y derecho:

En primer lugar, la Ley está inundada de conceptos psicológicos (acto, conducta, aptitud, voluntad, comprensión, capacidad, vulnerabilidad, etc.) y psicopatológicos (anomalía o alteración psíquica, enfermedad mental, trastorno psíquico, enfermedades o deficiencias psíquicas, etc.). Las leyes requieren evitar la ambigüedad y la vaguedad, estar adecuadamente incorporadas al resto del ordenamiento jurídico, ser psicológica y socialmente eficaces y por supuesto, satisfacer los valores fundamentales del derecho. El espíritu de la Ley, consiste prioritariamente en defender los derechos humanos dentro de una creciente globalización y multiculturalidad, así como mantener el orden social mediante normas de conducta. En consecuencia, la psicología debe inspirar constantemente al legislador.

El gran jurista Jiménez de Asúa aceptó que la psicología profunda (psicoanalisis, psicología individual) puede proporcionar bases científicas a las doctrinas penales y técnicas penitenciarias demostrando que el castigo debe reemplazarse por la re-socialización del delincuente mediante métodos educativos (*Psicoanálisis Criminal*, 1943). Por otra parte, tanto el derecho penal como penitenciario han aplicado los principios del conductismo desde tiempo inmemorial (castigo, prevención general y prevención especial).

Ciertamente el legislador necesita a la psicología como ciencia auxiliar. El sistema legislativo, abarcando un cuerpo normas y procedimientos reglados, esta diseñado para gobernar, para regular y para controlar el comportamiento humano. Como disciplina o profesión científica de los procesos mentales que investiga y aplica los principios del comportamiento humano, la psicología tiene mucho a contribuir al desarrollo del poder legislativo.

En segundo lugar, el Juez que interpreta la norma y la aplica valorando la voluntad y conducta humanas, hace uso de su sentido común y una sana crítica poniendo en funcionamiento mecanismos psicológicos heurísticos inductivos, deductivos, atribucionales y decisorios, inferencias, teorías implícitas, estereo

tipos, expectativas, inferencias y un sin fin de procesos mentales. El psicólogo español y catedrático de derecho penal Díez Ripollés (1990) ha afirmado que *en la actualidad estamos presenciando una profundización en el análisis psicológico individual al abogarse desde diferentes tendencias por la necesidad de atender a aspectos habitualmente descuidados*

como la afectividad, las alteraciones motivacionales y sobre todo, los procesos de socialización, sin quedarse, como venía siendo frecuente en las perturbaciones más directamente vinculadas al intelecto y la voluntad. Las mismas consideraciones cabe efectuar sobre otras ramas del derecho, pero muy especialmente en el campo del derecho de familia, del menor, de la capacidad y medidas de protección de la persona

Y en tercer lugar, la Administración de Justicia necesita el concurso de expertos psicólogos para esclarecer las acciones del hombre y aportar soluciones válidas a los problemas psico-sociales que le son planteados.

Existen dos modelos de relación entre psicología y derecho: el Modelo de la Subordinación y el Modelo de la Complementariedad.

El Modelo de la Subordinación, define la actividad de la Psicología Jurídica como una psicología aplicada al mejor ejercicio del Derecho, dar respuestas a las necesidades del mundo jurídico, satisfacer sus preguntas y demandas.

El modelo de Complementariedad implica analizar, comprender, criticar, resolver, interpretar, solucionar psicológicamente el mundo jurídico. Se trata de un dialogo permanente entre la ciencia jurídica y psicológica, a un mismo nivel e importancia.

Pero, parafraseando a Stone, ¿tiene la psicología forense alguna verdad para aportar que el derecho deba escuchar? Responder al estatus de la psicología forense como ciencia no es tarea fácil. La unidad y la solidez de una ciencia han de reflejarse necesariamente en la teoría y la praxis, en la aportación de una metodología propia, en la investigación y la enseñanza. La psicología forense es una ciencia.

Sin embargo en psicología podemos diferenciar una vertiente científico-natural y otra comprensivo-existencial. Esta última, precisamente es la que más motiva al humanista, al profesional de la salud, pero interesa menos al jurista. Si la psicología forense se ha abierto camino en la escena judicial es por su desarrollo progresivo hacia posiciones empírico-substancialistas. Esto no significa que no concedamos al psicoanálisis, por ejemplo, la genialidad de revolucionar la sociedad de su tiempo desarrollando la primera teoría comprensiva de la personalidad y su utilidad terapéutica, sino que los tribunales de justicia hoy exigen datos objetivos, marcadores rigurosos y no tanto disquisiciones o elucubraciones filosóficas.

La psicología forense es apasionante porque nos enfrenta al hombre como "es" en realidad (SER) y no como deseamos que sea (DEBER SER). Como dijo el filósofo y pensador británico Isaiah Berlín (1974) *Todo aquel que se interese por los seres humanos, está comprometido a considerar sus motivos, propósitos y decisiones, las experiencias específicamente humanas que le pertenecen y no solo lo que les sucede como simples cuerpos animados y sentientes. Ignorar el papel que tienen los factores que no son humanos; ignorar el hecho de que los hombres con frecuencia no entienden correctamente ni su propia conducta individual o las fuentes en que ésta se origina y parar de buscar causas que expliquen lo que sucedió y como sucedió, sería infantil u obscurantista, de una manera absurda*.

La psicología tiene muchas aplicaciones en el campo del derecho penal y penitenciario, que han aplicado los principios de conductismo desde tiempo inmemorial: determinación de las bases antropológicas de la imputabilidad, de la capacidad procesal y la peligrosidad de un procesado; análisis de las causas de la criminalidad y las motivaciones de la conducta desviada; estudio de las medidas de seguridad aconsejables en cada caso; valoración de la psicopatología de la víctima (lesiones y secuelas psíquicas) y la credibilidad de su testimonio; el perfilado criminal; asesoramiento del interrogatorio judicial y valoración de la prueba.

Otros temas que tienen que tienen interés para el caso concreto que nos ocupa y a los que se hará también referencia en este curso son las actitudes del juzgador durante el juicio oral, en especial en cuanto a la importancia que debe tener el mantenimiento de su control emocional, el adecuado manejo de los debates orales y la forma de interaccionar entre sí los responsables de la acusación o la defensa, las actitudes del acusado y la valoración de la veracidad del testimonio.

Todos estos temas y aquellos que vayan surgiendo del debate espontáneo y la participación de los asistentes justifican que se puede realizar este curso para que se refuercen los conocimientos de los asistentes, personas sobre las que descansa la prestigiosa pero difícil responsabilidad de impartir la Justicia.

Justificación del método

El curso se basa en elementos didácticos de tipo dialéctico, dinámicos, alejados de la exclusiva conferencia o exposición unipersonal, en la búsqueda de la controversia, el debate y el diálogo fluido entre los asistentes, y aunque se imparte una parte teórica importante, se expondrá de forma abierta de manera que cada asistente exponga sus opiniones, aportaciones de su experiencia o discrepancias, presentando casos prácticos con frecuencia. Esta forma participativa origina en la persona que se está formando un estímulo que le mantiene en constante atención y alerta.

A fin de evaluar el estado inicial de conocimientos de los participantes al curso, desde el inicio se les administrará un cuestionario de evaluación inicial, en función de cuyos resultados el asistente podrá después comprobar por sí mismo los avances que ha realizado tras serles administrados al final del curso de nuevo las mismas u otras preguntas, pudiendo comprobar sus progresos de forma cuantificable en función del incremento en el número de respuestas contestadas en la segunda evaluación

En cuanto a la parte teórica, cabe decir que la psicología es una ciencia que tiene numerosas escuelas de pensamiento y teorías, pero se intentará ser a-teórico y práctico, sin dispersar los conocimientos con disquisiciones doctrinales demasiado abstractas, orientando de forma práctica las soluciones más convenientes e indicadas en cada caso para aplicarlas al terreno positivo y concreto del derecho.

Se utilizarán además medios audiovisuales tales como presentaciones en power-point elaboradas, para reforzar y facilitar la comprensión de los conceptos teóricos. Se van a proyectar videos sobre juicios orales, con el fin de analizar las actitudes y cuestiones de las partes, la veracidad del testimonio y el papel moderador del juez. Se proyectarán videos sobre evaluaciones forenses de delincuentes, testigos y víctimas con la finalidad de detectar los trastornos mentales más comunes, y la simulación de los mismos, las estrategias de entrevistar y las actitudes o motivaciones de los examinados.

Cada bloque de exposición va seguido, en todo caso, de algunos ejercicios participativos, seguidos de diálogo.

La finalidad primordial de método empleado teórico – práctico es la de conseguir, además de conocimientos, un cambio de actitud en el participante y facilitarle herramientas para enfrentarse a las labores que se le presentarán con entereza de carácter, seguridad en sus conocimientos, sentido común, ecuanimidad y equilibrio emocional.

CAPITULO II

II. OBJETIVOS

A. Objetivos en cuanto al contenido de conocimientos:

El Módulo pretende proporcionar los conocimientos necesarios de psicología jurídica y forense, que permitan comprender las alteraciones o anomalías psíquicas que padece un acusado o las alteraciones emocionales de la víctima, la criminalidad de cada grupo patológico concreto, valorar su grado de imputabilidad o peligrosidad y las medidas a tomar con las personas imputables o parcialmente imputables.

El ARTÍCULO 57 del Código Procesal de Honduras, se refiere a la Competencia exclusiva de los Tribunales de Sentencia. Los Tribunales de Sentencia, integrados por cuatro jueces, conocerán del juicio oral y público a que este Código se refiere. En cada juicio intervendrán solamente tres de ellos; el cuarto deberá estar siempre presente en el debate para sustituir a alguno de aquellos en caso de impedimento grave.

Los futuros Jueces de Sentencia, en su trabajo de alta responsabilidad que les espera, estarán expuestos a frecuentes situaciones de controversia entre diversas partes, con intereses y aspiraciones distintas y deberán estar en situación de hacer de árbitros, saber escuchar, mantenerse equilibrados y ecuánimes con todas las personas que intervienen en el proceso penal, justos, neutrales con los acusados y comprensivos con las víctimas. Por ello, se infundirán estas actitudes en el propio curso, haciéndose patentes las formas de comportamiento positivas que se van a propugnar también largo de la participación de cada persona en el curso.

Los futuros Jueces de Ejecución, deberán conocer más profundamente las medidas de seguridad aplicables en cada tipo de trastorno mental y especialmente la valoración del riesgo de reincidencia (peligrosidad). El ARTÍCULO 60 del Código procesal se refiere a la Competencia exclusiva de los Jueces de Ejecución de las penas y medidas de seguridad. Tendrán a su cargo la verificación de que la prisión preventiva, la ejecución de las sentencias y la suspensión condicional del proceso, se realicen de conformidad con la Ley y las resoluciones Judiciales, así como, la sustanciación, decisión y seguimiento de la libertad condicional y de todos los incidentes que se produzcan durante la etapa de ejecución de las penas y medidas de seguridad. Será competencia de los Jueces de Ejecución determinar la procedencia de las medidas de seguridad, que puedan imponerse legalmente después de cumplida la pena privativa de libertad o después de excarcelado. Tendrán a su cargo, igualmente, velar por el cumplimiento de las finalidades de la pena y de las medidas de seguridad, lo mismo que la defensa de los derechos de los condenados. También será de la competencia de los Jueces de Ejecución conocer de las demandas en que se exija la responsabilidad civil proveniente de los delitos.

Desde la famosa sentencia del caso Tarasoff1, 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. 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 ciertos individuos podrían presentar para la comunidad. Esto ha llevado a la adopción de medidas legislativas muy controvertidas como la detención involuntaria e ilimitada de personas con "Trastornos Peligrosos y Severos de la Personalidad" en Gran Bretaña o las "Leyes de Depredadores Sexuales" en Canadá y los Estados Unidos de Norteamérica.

1 Tarasoff v Regents, 551 P.2d 334 (Cal. 1976)

El internamiento involuntario de una persona que sufre un Trastorno mental está justificado, cuando la desestabilización condiciona una situación de peligrosidad evidente para el paciente (ideación suicida, auto-lesionismo) o para los demás.

En definitiva, los conocimientos teóricos que se van a ofrecer en este módulo son los siguientes:

- Evolución histórica de la psicología jurídica y forense, y del tratamiento jurídico de las personas con trastornos mentales.

- Concepto y problemática de la psicología jurídica y forense. Las pruebas testifical y pericial. El método. ¿Qué debe pedir el jurista al psicólogo?

- Estado actual de las investigaciones sobre violencia y trastorno mental.

- Exposición y descripción comprensible para un jurista de los trastornos psíquicos más frecuentes, sus síntomas y su tratamiento.

- Descripción de la criminalidad que entraña cada uno de los trastornos, haciendo hincapié en la descripción de las alteraciones psíquicas que presentan los agresores sexuales, los delincuentes habituales, los que actúan movidos por los estados carenciales de las drogas, la prodigalidad, el suicidio etc.

- Perfiles criminales.

- Determinación de las bases antropológicas de la imputabilidad, capacidad procesal y peligrosidad. Estrategias para su evaluación.

- Medidas de seguridad a tomar con las personas con afectación de la imputabilidad.

- Evaluación psicológica de la víctima, determinado la relación de causalidad con los hechos que son enjuiciados, factores de vulnerabilidad y predisposición, lesiones y secuelas psíquicas.

- Evaluación de la credibilidad del testimonio en víctimas de abuso o agresión sexual.

- Detección de la simulación y disimulación.

- Estrategias del interrogatorio, de la defensa y acusación.

- Valoración de la prueba: sesgos cognoscitivos de juez y jurados.

- Oratoria forense, control de la ansiedad y superación de la timidez.

B. Objetivos en cuanto a la actitud perseguida

- Efectuar un interrogatorio judicial de forma eficaz pero con el debido respeto a las formalidades, derechos y garantías de las partes, en especial del imputado. Especial mención a la prueba de peritos.

- Posesión de conocimientos prácticos para detectar una posible alteración psíquica en el acusado.

- Valorar la potencialidad delictiva de una persona en función de sus trastornos psíquicos.

- Tener práctica para valorar el grado de imputabilidad.

- Saber elegir la medida de seguridad más acorde con las alteraciones, trastornos o anomalías psíquicas de la persona con alteración de su imputabilidad.

- Conocer estrategias para valorar el grado de veracidad de un testimonio, especialmente en víctimas de agresión o abusos sexuales menores de edad.

- Conocer las lesiones y secuelas psíquicas de una víctima y establecer adecuadamente la relación de causalidad.

- Detectar a los simuladores de un trastorno mental.

- Valorar una prueba pericial psiquiátrica o psicológica.

- Mantener el control emocional, la ponderación y la ecuanimidad en el juicio oral.

CAPÍTULO III.

METODOLOGÍA

La metodología de este curso se basa en los citados elementos a los que ya se ha hecho referencia:

- Formación teórica en cuanto a conocimientos

- Formación teórica en cuanto a actitudes.

- Reforzamiento de la formación con el uso de técnicas audiovisuales: presentaciones, videos de casos reales y reportajes.

- Lecturas recomendadas.
- Debates y diálogo abierto individual y en dinámica de grupo en todo el proceso formativo.

- Resolución de casos prácticos.

- Evaluaciones iniciales, durante la formación y finales.

Nos basamos en los siguientes principios de enseñanza:

- La enseñanza debe tener como objetivo prioritario que los alumnos realicen aprendizajes significativos por sí solos (aprender a aprender)

- Aprender a aprender, es el procedimiento personal más adecuado para adquirir un conocimiento.

- El programa de estudio es un instrumento técnico en el cual el profesor basa su acción docente. Los objetivos presentes en los programas de estudio se traducen o se concretan en los aprendizajes que deben lograr los alumnos.

- Los objetivos programáticos proponen:
  - conocimientos,
  - habilidades y destrezas intelectuales o psicomotoras, y
  - competencias intelectuales o psicomotoras

- En el diseño de la enseñanza la motivación debe ser adecuada, resulta imprescindible y es permanente.

- La motivación consiste en facilitar, animar a adquirir estrategias cognitivas de planificación y regulación de la propia actividad de aprendizaje

- La motivación intrínseca del alumno por el aprender esta basada en necesidades e impulsos de competencia (adquisición determinadas de conductas y hábitos), y autodeterminación: (capacidad de elegir, sus elecciones determinan su acción y sus metas).

- En la motivación inciden factores como el aprendizaje cooperativo, la organización flexible y democrática en trabajo de grupo, las tareas creativas, reconocimiento del éxito en las tareas, el nivel de estimulación, la personalidad del profesor, el material de enseñanza y didáctico utilizado, los métodos y actividades prácticas, las materias de enseñanza

- El nivel de dificultad en la tarea o actividad ha de ser medio y progresivo, en un ambiente educativo de optimismo.

- Las expectativas del profesor sobre el alumno son profecías que se cumplen.

- Los recursos de enseñanza son los medios que puede utilizar el profesor para enseñar y que están disponibles. Pueden complementarse con aquellos que el propio profesor puede elaborar. Esta demostrado que actúan como estímulos muy potentes para facilitar los aprendizajes. Deben facilitar la implicación y motivación del alumno (significado).

- Los estudios han demostrado que retenemos el 10% de lo que leemos, el 20% de lo que escuchamos, el 30% de lo que vemos, el 50% de lo que escuchamos y vemos, el 80% de lo que decimos y el 90% de lo que decimos y hacemos. Por ello son muy útiles los medios audio-visuales y la resolución de casos prácticos.

- Método audio-visual es un conjunto de instrumentos tecnológicos, a través de los cuales vamos a almacenar, elaborar, mediar y presentar la información a los alumnos, utilizando para ello las posibilidades que ofrecen sus sistemas simbólicos y sus interacciones con la estructura cognitiva del alumno; todo ello inmerso dentro de un contexto (...) y respondiendo a un plan curricular determinado.

  Son medios audiovisuales las fotografías, diapositivas, láminas; videograbador; radiograbador; retroproyector; computador; cámara de video; películas; transparencias y presentaciones.
  Dentro de las características positivas atribuibles a los audiovisuales podemos mencionar que:

  - Reducen el tiempo que los sujetos necesitan para la adquisición y comprensión de la información.

  - Capturan con facilidad la atención de los receptores.

  - Presentan información en imagen y sonido, difícil de conseguir en una clase.

  - Facilitan el trabajo interdisciplinario.

  - Se complementan fácilmente con nuevas tecnologías como computador e internet.

  - Permiten mostrar situaciones históricas presentes y futuras.

  - Muestran realidades lejanas en el tiempo y en el espacio.

- Integran imagen, movimiento, color y sonido a realidades complejas.
- Pueden reutilizarse cuantas veces sea necesario.

- Desarrollan el sentido crítico y la lectura activa de estos medios como representaciones de la realidad.

- Aumentan o disminuyen el tamaño de los objetos.

- Hacen visible lo invisible.

♦ La computadora nunca sustituirá a los maestros, pero puede ser un elemento que revitalice nuestras clases, aprovechando el atractivo que ejerce sobre los alumnos. Un ejemplo concreto de estos cambios son las presentaciones en **PowerPoint.** Esta herramienta de Microsoft Office es un programa de presentaciones gráficas que permite realizar presentaciones y diapositivas de gran calidad, combinando textos con imágenes, sonido o video. Por su sencillo funcionamiento y fácil impresión, su uso se ha extendido ampliamente en la sala de clases, ya que permite reforzar los contenidos con sencillos punteos o esquemas hasta con sofisticadas gráficas interactivas.También favorece un mayor control del tiempo, ya sea utilizando las opciones de temporalización o por el propio ritmo de encadenamiento de las diapositivas.

La proyección de estos contenidos puede realizarse en la pantalla del computador, sobre telones de proyección o directamente en la pared de un aula o auditorio.

Se suele afirmar que el retroproyector fue el antecesor no digital del PowerPoint. Aunque ambos están basados en "transparencias" hay mucha información a favor del PowerPoint. Entre otras ventajas se suelen citar: que es más fácil de usar que el retroproyector; que las diapositivas tienen un "look" más profesional; que se realiza sin mayor costo; que se almacena fácilmente en el disco; que tiene posibilidades hipertextuales (texto, audio, imagen, video, links...). Entre sus similitudes se argumenta que ambas proyecciones centran la atención de los alumnos; y que permiten mirar mejor lo que está ocurriendo en la clase, que cuando se está escribiendo en la pizarra.

El profesor puede entregar a sus alumnos las presentaciones previamente o publicarlo en su sitio web o en el centro formativo al finalizar su clase. De esta manera los alumnos no pierden tanto tiempo copiando los contenidos de las presentaciones durante la exposición y pueden reutilizar este material digital incorporando sus propias observaciones o apuntes.

Hay experiencias que afirman que los alumnos responsables y motivados aprenden mucho más con estas posibilidades que sin ellas y que los alumnos lo agradecen.

Por último, el profesor debe establecer indicadores de logro o de resultado para cada objetivo. Los indicadores representan los criterios del profesor con relación a nivel y calidad de los aprendizajes que pueden lograr sus alumnos de acuerdo a sus características

CAPITULO IV

HORARIO Y SU DISTRIBUCION

CURSO JUECES DE SENTENCIA PSICOLOGIA

SEMANA		8 a 10 h.	Descanso 10 a 10:30 h.	10:30 a 12 h.	Comida 12 a 13 h.	13 a 14 h.	14 a 16 h.
DEL 6 AL 10 FEBRERO 2006.	LUNES 6	**Psicología (Consultoría Española)**		**Psicología (Consultoría Española)**		**Psicología (Consultoría Española)**	Criminalística
	MARTES 7	**Psicología (Consultoría Española)**		**Psicología (Consultoría Española)**		**Psicología (Consultoría Española)**	Criminalística
	MIÉRCOLES 8	**Psicología (Consultoría Española)**		**Psicología (Consultoría Española)**		**Psicología (Consultoría Española)**	Constitucional
	JUEVES 9	D. Procesal 1 (Consultoría Española)		D. Procesal 1 (Consultoría Española)		D. Procesal 1 (Consultoría Española)	D. Procesal 1 (Consultoría Española)
	VIERNES 10	D. Procesal 1 (Consultoría Española)		D. Procesal 1 (Consultoría Española)		D. Procesal 1 (Consultoría Española)	D. Procesal 1 (Consultoría Española)

CURSO JUECES DE EJECUCIÓN PSICOLOGIA

SEMANA		8 a 10 h.	Descanso 10 a 10:30 h.	10:30 a 12 h.	Comida 12 a 13 h.	13 a 14 h.	14 a 15 h.	15 a 16 h.
6 AL 10 FEBR. 2006.	LUNES 6	Consultoría D. Procesal Penal		Consultoría D. Procesal Penal		Consultoría D. Procesal Penal	Constituc	Constituc
	MARTES 7	Consultoría D. Procesal Penal		Consultoría D. Procesal Penal		Consultoría D. Procesal Penal	Sociología	Sociología
	MIÉRCOLES 8	Consultoría D. Procesal Penal		Consultoría D. Procesal Penal		Consultoría D. Procesal Penal	**Psicología (consulto. Española)**	**Psicología (consulto. Española)**
	JUEVES 9	**Psicología (consulto. Española)**		**Psicología (consulto. Española)**		**Psicología (consulto. Española)**	**Psicología (consulto. Española)**	**Psicología (consulto. Española)**
	VIERNES 10	**Psicología (consulto. Española)**		**Psicología (consulto. Española)**		**Psicología (consulto. Española)**	**Psicología (consulto. Española)**	Observación de audiencias

CAPITULO V.

PROGRAMA

GRUPO A

DIA 6 DE FEBRERO DE 2006

MAÑANA

7:45- 8:00 a.m.- Entrega de la documentación.

8:00- 8:30 a.m.- Exposición del propósito general del curso. Evaluación Inicial.

8:30-9:00 a.m.- **INTRODUCCIÓN. Concepto e historia de la psicología jurídica y forense.**

PRIMER BLOQUE

9:00-10:00 a.m.- **El psicólogo ante la Administración de Justicia. Las pruebas pericial y testifical. Valoración de la prueba psicológica. El método en psicología forense. Los informes y los partes. La ratificación oral. Mapa de la psicología jurídica y forense.**

10:00-10:30 a.m.- Descanso

SEGUNDO BLOQUE

10:30-11:30 a.m.**- Delitos específicos y presupuestos psicológicos (1): Etiología de la delincuencia. Violencia y trastorno mental. Psicopatología forense.**

11:30-12:00 a.m.- **Delitos específicos y presupuestos psicológicos (2): Concepto y valoración de la Personalidad. Los trastornos de la personalidad.**

12:00-13:00 a.m.- Pausa para la comida

TARDE

13:00-14:00 p.m.- **Debate.** Sesión clínica-forense (casos prácticos) sobre personalidades violentas y trastornos mentales.

DIA 7-FEBRERO DE 2006

MAÑANA

TERCER BLOQUE

8:00-9:00 a.m.- **Psicología y derecho penal: Autopsia psicológica. Valoración de las bases psicopatológicas de la capacidad procesal e imputabilidad. Medidas de Seguridad privativas y no privativas de libertad**. **Perfiles criminales.**

9:00-10:00 a.m.- Sesión clínico-forense (casos prácticos). Video. Debate y ejercicios prácticos sobre violencia, valoración de la imputabilidad y capacidad procesal. Estudio de informes periciales.

10:00-10:30 a.m.- Pausa.

CUARTO BLOQUE

10:30-11:00 a.m.- **Valoración de la peligrosidad criminal (riesgo de violencia)**

11:00-12:00 a.m.- Sesión clínico-forense (casos prácticos). Debate y ejercicio práctico de valoración de la peligrosidad criminal.

12:00-13:00 a.m.- Pausa para la comida.

TARDE

QUINTO BLOQUE

13:00-13:30 a.m. – **Psicología del testimonio. Valoración de la credibilidad del testimonio en víctimas. Simulación y disimulación de trastornos mentales.**

13:30-14:00 a.m.- Sesión clínico-forense (casos prácticos). Debate y ejercicio práctico de valoración del testimonio.

DÍA 8 DE FEBRERO DE 2006

MAÑANA

SEXTO BLOQUE

8:00-9:00 a.m.- **Victimología forense. Lesiones y secuelas psíquicas. Factores de vulnerabilidad. Victimización primaria y secundaria.**

9:00-9:30 a.m. - Sesión clínico-forense (casos prácticos) sobre valoración de lesiones y secuelas psíquicas.

SEPTIMO BLOQUE

9:30-10:00 a.m.- **Reglas para un correcto interrogatorio. Las técnicas de interrogar. Procesos psicológicos de valoración de la prueba. Psicología del juicio oral. Reacciones emocionales, control las mismas.**

10:00-10:30 a.m.- Descanso.

10:30:11:30 a.m.- Proyección de juicios orales. Sesión de roleplaying.

11:30-12:00 a.m.- Evaluación final, comentarios sobre el curso y clausura.

PROGRAMA

GRUPO B

DÍA 8 DE FEBRERO DE 2006

TARDE

14:00- 14:30 p.m.- Exposición del propósito general del curso. Evaluación Inicial.

14:30-15:00 p.m.- **INTRODUCCIÓN. Concepto e historia de la psicología jurídica y forense.**

PRIMER BLOQUE.

15:00-16:00 p.m.- **El psicólogo ante la Administración de Justicia. Las pruebas pericial y testifical. Valoración de la prueba psicológica. El método en psicología forense. Los informes y los partes. La ratificación oral. Mapa de la psicología forense.**

DIA 9 DE FEBRERO DE 2006

MAÑANA

SEGUNDO BLOQUE

08:00-09:00 a.m.**- Delitos específicos y presupuestos psicológicos (1): Etiología de la delincuencia. Violencia y trastorno mental. Psicopatología forense.**

09:00-10:00 a.m.- Sesión clínica-forense (casos prácticos) sobre trastornos mentales.

10:00-10:30 a.m.- Pausa.

10:30-11:00 a.m.- **Delitos específicos y presupuestos psicológicos (2): Concepto y valoración de la personalidad. Los Trastornos de la Personalidad.**

TERCER BLOQUE

11:00-12:00 a.m.**- Psicología y derecho penal. Autopsia psicológica. Valoración de las bases psicopatológicas de la capacidad procesal e imputabilidad. Medidas de Seguridad privativas y no privativas de libertad**. **Perfiles criminales.**

12:00-13:00 p.m.- Pausa para la comida.

TARDE

13:00-14:00 p.m.- Sesión clínico-forense (casos prácticos). Debate y ejercicios prácticos sobre violencia. Valoración de la imputabilidad y capacidad procesal.

CUARTO BLOQUE

14:00-15.00 p.m.- **Valoración de la Peligrosidad Criminal (riesgo de reincidencia).**

15:00-16:00 p.m.- Sesión clínica-forense (casos prácticos) sobre valoración de la peligrosidad (delincuente violento). PCL-SV. HCR-20.

DÍA 10 DE FEBRERO DE 2006

MAÑANA

08:00-09:00 a.m.- Sesión clínica-forense (casos prácticos) sobre valoración de la peligrosidad (delincuente sexual). SVR-20.

QUINTO BLOQUE

09:00-10:00 a.m.- **Psicología del testimonio. Valoración de la credibilidad del testimonio en víctimas. Simulación y disimulación de trastornos mentales. Debate y casos prácticos sobre credibilidad del testimonio.**

10:00-10:30 a.m.- Pausa.

SEXTO BLOQUE

10:30-11:30 a.m.- **Victimología forense. Lesiones y secuelas psíquicas. Factores de vulnerabilidad. Victimización primaria y secundaria.**

11:30- 12:00 Sesión clínico-forense (casos prácticos). Debate y ejercicio práctico de valoración de la víctima.

12:00-13:00 p.m.- Pausa para la comida.

TARDE

SEPTIMO BLOQUE

13:00-13:30 p.m.- **Reglas para un correcto interrogatorio. Las técnicas de interrogar. Procesos psicológicos de valoración de la prueba. Psicología del juicio oral. Reacciones emocionales, control las mismas.**

13:30:14:30 p.m.- Proyección de juicios orales. Sesión de roleplaying.

14:30-15:00 p.m.- Evaluación final, comentarios sobre el curso y clausura.

CAPÍTULO VI

OBJETIVOS CONCRETOS, RESUMEN Y PRINCIPALES PRESENTACIONES DE LOS TEMAS

INTRODUCCIÓN. Concepto e historia de la psicología jurídica y forense.

- **OBJETIVOS:** Conocer las aportaciones de la psicología científica al mundo del derecho, los antecedentes y evolución de la psicología jurídica y forense.

- **RESUMEN:** Continúa el debate sobre la definición de psicología forense porque existe una definición extensa y una definición delimitada de esta ciencia y porque sus límites y contenidos se confunden con los de psicología legal, psicología jurídica, psicología judicial, psiquiatría legal y forense.

  Ampliamente entendida, la *psicología forense* es descrita sencillamente como cualquier intersección entre el sistema legal y la psicología científica.
  De una forma más restringida es definida como el ejercicio de la psicología en contextos judiciales.

  La interrelación entre Psicología y Derecho ha sido denominada de múltiples maneras. Una visión general y extensa de esta intersección, comúnmente llamada entre nosotros *psicología jurídica* y en otros países *psicología legal,* se encuentra en diversos teóricos de la psicología social y especialmente en Muñoz Sabaté que diferenció una *Psicología del derecho*, que explica la esencia jurídica; una *Psicología en el derecho*, que se refiere al hecho de que las leyes están impregnadas de comportamientos psicológicos y una *Psicología para el derecho*, que supondría la intervención del experto asesorando e ilustrando al juez.

  La *psicología jurídica* nace con una incuestionable ambición, inspirar al legislador (psicología legislativa o legal), formar al juez y a otros juristas (psicología judicial), asesorarles y ayudarles en la resolución de ciertos asuntos que plantean problemática de orden psicológico (psicología forense). Es decir que en este amplio sentido, la psicología jurídica circunscribe tanto a la psicología forense propiamente dicha como a la psicología legal y judicial.

  La *Psicología legal* es la aplicación de los conocimientos y métodos psicológicos en el proceso legislativo. La psicología puede auxiliar al legislador en la predicción de las consecuencias de las reformas legislativas y su adecuación social desde el punto de vista científico.

  Sin embargo, para algunos autores, especialmente franceses y canadienses, *psicología legal (psychologie légale)* es una disciplina que

analiza cualquier relación amplia entre psicología y derecho, que pertenece a la teoría y a la práctica (*L'expertise psychologique*), y que implica un campo de estudio interdisciplinario.

Por el contrario, para Bartol y Bartol (2004), y alternativamente a otras disciplinas (psicología policial, psicología criminal y psicología penitenciaria), *psicología legal* es una rama de la psicología forense que se ocupa de la evaluación de los menores, custodia y derecho de visitas, valoración del abuso infantil, selección y asesoramiento de jurados, valoración de la capacidad para ser juzgado y evaluaciones psicológicas diversas ante el derecho civil.

La *Psicología judicial* hace alusión a la organización y ejercicio de la administración de justicia. Pretendería asesorar a los letrados de las partes así como al fiscal tanto en el planteamiento de estrategias durante el pleito como en la elocuencia de sus alegatos durante la vista oral, así como orientar a los jueces, magistrados o jurados en el proceso de valoración de la prueba y toma de decisiones plasmadas en la sentencia o en el veredicto.

Además de las evidencias presentadas en el juicio, existen diversos factores que ayudan a establecer el veredicto de un jurado popular tales como el número de miembros, las reglas decisorias, el patrón de comunicación, la elocuencia de los participantes, la presión mediática y las características del imputado (género, atractivo, raza, nivel socio-económico y comportamiento tanto en el momento del crimen como en el momento de la vista).

Aunque la Psicología de los Jueces y del Jurado que analiza los procesos decisorios, las diversas interacciones y los efectos que derivan de la sentencia o veredicto ha dado lugar a bastantes investigaciones tanto en España como en Estados Unidos, en verdad, lo que se ha hecho hasta ahora a nivel práctico es fundamentalmente psicología forense propiamente dicha.

Si bien Mira y López definió la psicología jurídica como la *psicología aplicada al mejor ejercicio del derecho*, desde un punto de vista más restringido y realista puede decirse que este enfoque, en la práctica, coincide bastante con lo que tradicionalmente suele denominarse psicología forense. Esta visión restrictiva es la que ofrece la Sociedad Americana de Psicología y Ley, división 41 de la American Psychological Association (APA) y que indiscutiblemente concuerda con la realidad social. Se refiere al psicólogo forense como aquel profesional que desempeña la psicología en diversas áreas (psicología clínica, counseling, neuro-psicologia, psicología educativa) y que habitualmente es un experto que informa ante el sistema judicial.

En efecto, el término latino *forense* ((De *Forum,* Plaza donde se trataban en Roma los negocios públicos y donde el pretor celebraba los juicios; sitio en que los tribunales oyen y determinan las causas; Curia, y cuanto

concierne al ejercicio de la abogacía y a la práctica de los tribunales), por convenio y tradición, hace más alusión a la práctica pericial (pericia, declaración de conocimientos científicos, artísticos o prácticos), al informe de cualquier experto en ciencia o arte ante los tribunales de justicia.

En el mismo sentido, la resolución de 10 de junio de 1991 indica que *el psicólogo forense es el trabajador que con título universitario superior en psicología o especialidad en esta materia, bajo la dependencia funcional del órgano al que está adscrito, desempeña funciones de asesoramiento técnico en los Tribunales, Juzgados, Fiscalías y órganos técnicos en materia de su disciplina profesional Su actuación se refiere a la exploración, evaluación y diagnóstico de las relaciones y pautas de interacción, aspectos de la personalidad, inteligencia, aptitudes, actitudes y otros aspectos de esta especialidad de las personas implicadas en los procesos judiciales de quien se solicite el correspondiente informe psicológico por los respectivos responsables de los órganos citados, así como la colaboración con los restantes miembros de los equipos técnicos para el desarrollo de las citadas funciones.*

Nosotros, en la misma línea, entendemos que la *psicología forense* propiamente dicha, es una rama especializada de la psicología, a la que concierne la aplicación al derecho de los métodos y conocimientos de la psicología científica, con el propósito de aportar información o evidencias en contextos judiciales, facilitando y humanizando las decisiones de los jueces y tribunales de justicia en todos los ordenes jurisdiccionales. Más concretamente se ocupa de la evaluación, asesoramiento y asistencia a los distintos *actores jurídicos* que intervienen en los procesos judiciales.

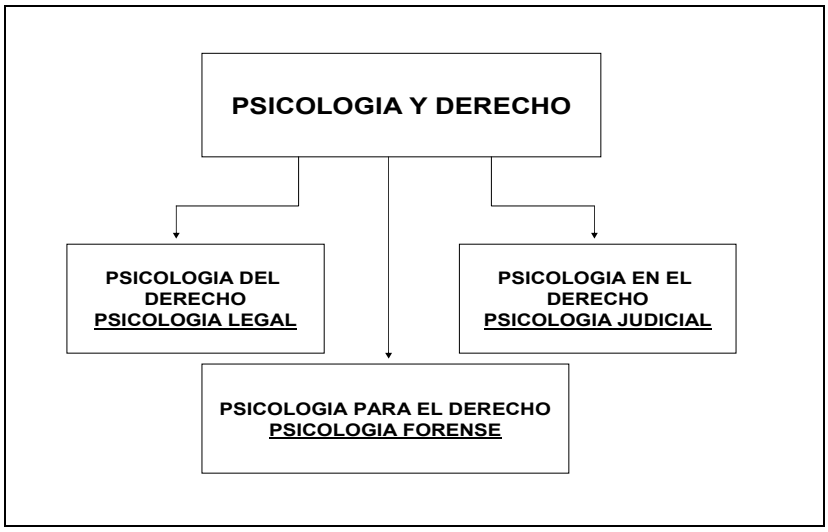
¿Quiénes son tales *actores jurídicos*? El concepto de *actor* en psicología social y por supuesto en ciencias forenses es reciente, y deriva de la orientación del interaccionismo simbólico2, un behaviorismo social, una teoría de la comunicación centrada en la interacción social simbólica. Los conceptos de *actor, jugador, reglas del juego, fuera de juego, teatro judicial*, integran una teoría lúdica del derecho (Ost y Van de Kerchove, 1990) en la que la costumbre de los *actores*, la elocuencia de los *protagonistas*, la presencia de *público*, el efecto simbólico de los castigos ocupan un papel preponderante en la administración de justicia. Actores jurídicos son la víctima (Rigaux, 1990), el delincuente, la policía y el ministerio público (Bosly, 1990), los jueces (Ost y Van de Kerchove, 1990) e incluso el legislador (Landreville, 1990).

De la Historia, abordaremos brevemente los siguientes aspectos:

- Antecedentes legislativos remotos.

- Primeras aportaciones a la psicología Jurídica: Gross, Altavilla, Mira i Lopez.
- Primeros psicólogos forenses.
- Psicología Criminal: Lombroso.
- Psicología procesal penal.
- Psicología del testimonio.
- Autopsia Psicológica.
- Perfiles criminales.
- Medidas de seguridad pre-delictivas.
- Valoración del riesgo.
- Victimología Forense.
- La psicología forense en España.

- **PRESENTACIONES PRINCIPALES:**



1893— Primer experimento en psicologia del testimonio dirigido por J. McKeen Cattell de la Universidad de Columbia.
1896----Schrenk-Notzine en München informó sobre sugestionabilidad y de memoria en un juicio por asesinato por lo que es considerado por algunos el primer psicólogo forense
1903—Louis William Stern en establece una relación periódica entre psicología del testimonio y derecho (*Betrage zur Psychollogie der Aussage*).
1908—Hugo Münsterberg considerado el padre de la psicologia forense, publica *On the Witness Stand considerado el primer libro o tratado de psicología forense.*
1910 ---Hans Gross, Juez de Graz publica su gran obra, *Criminal Psychology a manual for judges, practitioners, and students,* traducida al ingles en 1963
1911—J. Varendonck perita en Bélgica ante un tribunal, en un asunto de abuso sexual
1917—William Marston desarrolla el moderno polígrafo.
1921— Primer peritaje psicológico en EEUU (*State v. Drive,* 1921).
1922—Karl Marbe psicólogo de la Universidad de Wurzburg, Germany, es el primero en peritar un caso civil.
1925---Enrico Altavilla publicó en 1925 su *Psicología Judicial*
1931—Howard Burtt publica Legal psychology, el primer *textbook* en psicología forense
1932---Emilio Mira y López que publicó el *Manual de Psicología Jurídica*.
1961—Hans Toch publica, Legal *and Criminal Psychology*
1964—Hans J. Eysenck publica el libro *Crime and Personality.*
1968—Martin Reiser es el primer psicólogo-policía en EEUU (Los Angeles) defendiendo la profesión de psicología policial.
1978—The American Board of Forensic Psychology inicia la diplomatura en PF.
1991—La American Academy of Forensic Psychology y la American Psychology Law Society, publican *The Specialty Guidelines for Forensic Psychologists.*
2001—American Psychological Association reconoce como especialidad la Psicologia Forense.

BLOQUE 1. EL PSICÓLOGO ANTE LA ADMINISTRACIÓN DE JUSTICIA

- **OBJETIVOS:** Conocer el mapa de la psicología jurídica y forense, sus limitaciones, la metodología de los informes pericial, clínico y de los partes, así como los derechos y deberes del psicólogo forense.

- **RESUMEN:**

  Los informes periciales no son vinculantes. El Tribunal Supremo en innumerables sentencias ha dejado bien claro respecto a las divergencias que el Tribunal puede decidir según su convicción, que no estando sometido al dictamen de los peritos que valorará de acuerdo con su sana crítica. El Alto Tribuna (STS de 11 de marzo de 1996) entiende que los informes de los facultativos constituyen un asesoramiento práctico o científico prestado al tribunal y sometido en igual nivel de referencia probatoria a la consideración del Órgano Jurisdiccional, el cual, en virtud de la Constitución española en la facultad que le otorga puede libremente estimar o rechazar en función de su propia experiencia. En este sentido, cuando hay discrepancias el Tribunal puede tener en cuenta la experiencia de cada perito, la profundidad de su análisis científico y su capacidad de convicción, pero no la titulación genérica (por ejemplo psiquiatra *versus* psicólogo o médico forense), ni recurrirá a prueba dirimente de peritos como viene reiterando la doctrina del Tribunal Supremo desde la sentencia de 20 de enero de 1973.

En suma, hay que señalar que los informes periciales no gozan para el Tribunal Supremo de la condición intrínseca de veracidad incontrovertible; su contenido no revela más que una opinión científica o práctica posiblemente docta, absolutamente respetable, pero siempre sometida a la apreciación valorativa del juzgador quien no está vinculado al dictamen ya que ello convertiría al perito en juzgador y al juez en mero espectador.

Así quedaría perfilado el mapa actual de la psicología forense.

- *Psicología forense procesal civil*: aplicación del conocimiento y método psicológico al análisis de las relaciones familiares; evaluación la capacidad de obrar de la persona o testar, idoneidad para ostentar la patria potestad, guardia, custodia, tutela de menores, tutela o curatela de discapacitados; planificación de visitas, estancias y comunicaciones con los menores hijos de padres separados; vicios de consentimiento; cambio de sexo; internamientos involuntarios; malpraxis y cualquier problema psicológico que sea objeto de prueba ante el derecho civil.

- *Psicología forense criminológica*: aplicación de la teoría e investigación psicológica a la comprensión y explicación del comportamiento criminal, (motivaciones, personalidad y psicopatología del delincuente, perfil criminal, autopsia psicológica).

- *Psicología forense procesal penal*: aplicación del conocimiento y método psicológico a todas aquellas cuestiones psicológicas que el proceso penal pueda plantear: análisis y valoración psicológica de la capacidad para ser juzgado; valoración de la base psicopatológica de la imputabilidad, medidas de seguridad alternativas e individualización de la pena; evaluación del riesgo (peligrosidad); victimología forense penal (lesiones y secuelas psíquicas en victimas de delitos violentos, y contra la libertad sexual); evaluación de la credibilidad del testimonio en adultos y menores; proceso de selección de los jurados, etc.

- *Psicología forense penitenciaria*. Las funciones que desempeña el psicólogo de instituciones penitenciarias se detallan en el artículo 282/81 del Reglamento penitenciario: a) Estudiar la personalidad de los internos desde la perspectiva de la ciencia de la psicología y conforme a sus métodos, calificando y evaluando sus rasgos temperamentales, caracteriales, aptitudes, actitudes y sistema dinámico-motivacional y, en general, todos los sectores y rasgos de la personalidad, que juzgen de interés para la interpretación y comprensión de ser y actuar del observado. b) Definir la aplicación y corrección de los métodos psicológicos más adecuados para el estudio de cada interno. Interpretar y valorar las pruebas psicométricas y proyecticas, realizando la valoración conjunta de éstas con los demás datos psicológicos, correspondiéndole la redacción del informe psicológico final, que se integrará en la propuesta de clasificación o en el programa de tratamiento.

- *Psicología forense procesal del menor*, que analiza y valora las causas de la delincuencia juvenil así como las medidas educativas aplicables según la Ley 5/2000.

- *Psicología forense procesal socio-laboral* cuyos objetivos fundamentales consistirían en el análisis psicológico de los conflictos laborales, evaluación de incapacidades permanentes por razón de trastorno mental, (accidentes laborales, enfermedad común y profesional), victimología laboral (moobing), negligencia en prevención de riesgos laborales y todas aquellas cuestiones psicológicas que sean objeto de prueba en el proceso socio-laboral.

- *Psicología forense procesal contencioso-administrativa*, que analizaría la problemática psicológica de la persona frente a la Administración del Estado, Autonómica y Local: responsabilidad patrimonial, problemas psicopatológicos relacionados con permisos de armas o de conducción de vehículos a motor, aptitud para desempeñar cargos oficiales, evaluación de incapacidades laborales de funcionarios públicos, minusvalías y todas aquellas cuestiones psicológicas que el proceso contencioso administrativo pueda plantear.

- *Psicología forense militar*. Los psicólogos adscritos al ejército e instituciones policiales desempeñan sus labores dentro de la selección de personal, formación general y/o específica, estudios de clima social y laboral y análisis de puestos de trabajo. En relación a las Fuerzas Armadas, los psicólogos se han integrado recientemente dentro del cuerpo de Sanidad Militar con lo que sus funciones, además de las descritas en el caso anterior para los cuerpos policiales, se suman las que se realizan en los Departamentos de Psiquiatría en Hospitales Militares, así como en los Tribunales Psiquiátricos Militares.

- *Psicología forense procesal canónica* que estudia especialmente los vicios de consentimiento matrimonial, algunos impedimentos dirimentes y todas aquellas cuestiones psicológicas que el proceso canónico pueda plantear.

- *Psicología forense asistencial* (mediación, intervención en crisis, ayuda, consejo y orientación a las víctimas). En la Mediación (penal, civil, laboral) el psicólogo forense tiene como misión la preparación de un contexto adecuado para que las partes puedan comunicarse, diseñar el proceso de arbitraje y ofertar a las partes herramientas que les permitan manejar el conflicto. En la intervención victimológica su objetivo es la atención, tratamiento y seguimiento de víctimas, el estudio, planificación y prevención de grupos de riesgo, así como de campañas divulgativas a la población general.

Estudiaremos la estructura del informe pericial psicológico, diferenciándolo claramente del informe clínico (testifical). Estudiaremos como el Juez solicita el informe. Estudiaremos los partes, su importancia y controversia (con el deber de secreto profesional).

Analizaremos la prueba pericial, en el nuevo Código procesal de Honduras.

- **ARTÍCULO 239.- <u>Procedencia del dictamen pericial.</u>** Se oirá el dictamen de peritos, siempre que alguna parte lo pida y se trate sobre puntos de hechos para cuya apreciación se necesiten conocimiento especial no jurídico, de naturaleza técnica, científica o artística; y, sobre punto de derechos referentes a alguna legislación extranjera.

- **ARTICULO 240.- <u>Personas que puedan actuar como peritos.</u>** Sólo podrán actuar como peritos quienes ostenten título profesional expedido por autoridad competente si la profesión, arte o técnica de que se trate está regulada por la ley. Si no está regulada o si en el lugar donde ha de efectuarse la pericia no existen profesionales autorizados, podrán actuar como peritos las personas que por notoriedad, se sabe que cuentan con los conocimientos requeridos sobre al materia de que se trate.

  La persona que reúnan los requisitos para ser peritos pero que no han sido designados por la autoridad competente para actuar como tales, si toman conocimiento de un hecho sometido a investigación criminal y deben rendir declaración, lo harán en su condición de testigos y no de peritos.

- **ARTICULO 241.- <u>Personas que no pueden actuar como peritos.</u>** No podrán actuar como peritos aunque reúnan los requisitos a que se refiere el Artículo anterior: Los absoluta o relativamente incapaces; quienes deban o puedan abstenerse de declarar como testigos, según el presente Código; quienes hayan presenciado el hecho sometido a investigación; y los inhabilitados por sentencia firme.

- **ARTÍCULO 242.- <u>Designación de peritos.</u>** El Tribunal de Sentencia competente, y durante la etapa preparatoria, el ministerio Público o el Juez, con conocimiento de las partes, cuando se haya de practicar prueba pericial, seleccionarán los peritos. Su número será determinado según la complejidad de las cuestiones por plantear, para lo cual deberán considerarse las sugerencias del Ministerio Público y las partes
  Se podrá nombrar un solo perito cuando la cuestión no fuere compleja. Asimismo, se fijarán con precisión los temas e la pericia y el plazo para la presentación de los dictámenes.

  Una vez investido judicialmente, el perito procederá a cumplir el encargo recibido. Podrá en conocimiento de quién lo designó, la fecha en

que procederá a realizar las actuaciones propias de la pericia. La autoridad que lo nombró, la comunicará a las partes, para que puedan presenciar su práctica, salvo el caso en que esa presencia carezca de utilidad procesal, o el perito justifique que podrá perjudicar gravemente el buen éxito de aquélla.

- **ARTÍCULO 243.- <u>Recusación de los peritos.</u>** Las partes podrán recusar al perito o peritos por alguna causa legal de incapacidad y también por alguna de las causas de recusación de jueces, magistrados o auxiliares de los órganos jurisdiccionales, comprendidas en los numerales 1), 2), 5), 6), 7), 9), 10), 11), 12) y 13) del Artículo 83 de este Código. Las relaciones personales que pueden dar lugar a la recusación del perito, serán las que medien entre éste y el Juez, cualquiera de los miembros del tribunal, o las partes.

  La parte deberán interponer la recusación hasta el momento en que se cite al perito para su juramentación y el órgano jurisdiccional oídas las demás partes, resolverá por auto motivado, lo que tenga pro conveniente.

  El perito designado comparecerá ante el Ministerio Público, el Juez o el Tribunal para ser juramentado en su cargo, en la forma prevista en el artículo 129.

  El perito designado una vez que acepte el cargo, tendrá la obligación de desempeñar su cometido, salvo que alegue justa causa, valorada prudencialmente por el órgano que lo designó, previa audiencia de las partes.

  El perito tendrá la obligación de abstenerse de desempeñar su cargo cuando concurra en él alguna causa de recusación, que podrá en conocimiento de quién lo designó.

- **ARTICULO 244.- <u>citación De los peritos.</u>** Los peritos serán citados en la misma forma que los testigos y tendrán el deber de comparecer al debate, durante el cual rendirán su informe de modo detallado, claro y preciso.

  Cuando el perito oportunamente citado se negare, sin causa justificada, a comparecer, será citado pro segunda vez. si tampoco compareciere a esta segunda citación, el Juez o el presidente del tribunal podrá ordenar que sea conducido por medio de la fuerza pública.

  Al citar al perito, se le advertirá que si no compareciere sin justa causa, podrá ordenarse su conducción coactiva, sin perjuicio de la responsabilidad en que pudiera incurrir, por delito de desobediencia.

- **ARTÍCULO 245.- Dictamen pericial.** En la etapa preparatoria, el informe pericial se rendirá por escrito, sin perjuicio de que el perito pueda ser requerido para aclararlo o completarlo personalmente o también por escrito. En el juicio, el informe pericial ser rendirá verbalmente, sin perjuicio de que, previa o simultáneamente, el perito acompañe su informe por escrito.

- **ARTÍCULO 246.- Pericia en la investigación preliminar.** El fiscal podrá ordenar pericias durante la investigación preliminar, pero sólo podrá incorporarse por lectura al debate si se hubieren seguido las reglas sobre el anticipo de prueba, bajo control jurisdiccional y quedando a salvo la posibilidad que tiene el tribunal, el Ministerio Público y las partes de exigir la declaración del perito durante el debate.

- **ARTÍCULO 247.- Auxilio judicial a los peritos.** El Juez, a solicitud del Ministerio Público o de las partes, podrá ordenar la presentación o el secuestro de cosas y documentos, o la comparecencia de personas, si ello es necesario para llevar a cabo las operaciones periciales. También se podrá requerir al imputado o otras personas, que escriban de su puño y letra lo que se les dicte, estampen su firma, graben a su voz o realicen cualquier otro acto necesario para la pericia. En casos urgentes, la orden a que se refiere el párrafo anterior la podrá impartir el respectivo Fiscal, si el asunto aún se encuentra en la etapa de investigación.

- **ARTÍCULO 248.- Protección de peritos.** Las medidas protectoras previstas por el Artículo 237 de este Código en relación con los testigos, serán aplicables a los peritos que intervengan en la procedimiento, siempre que concurran las circunstancias que aquel precepto tiene en cuenta para su adopción.

- **ARTICULO 249.- Honorario de los peritos.** Los peritos tendrán derechos a cobrar honorarios, los cuales serán pagados por la parte que los proponga, salvo si reciben sueldo en concepto de funcionarios o empleados públicos y prestan el servicio en horas laborables.

- **ARTICULO 250. Traductores e intérpretes.** Lo dispuesto en los Artículo 244, 2245, 247 y 249 será aplicable a los traductores e intérpretes

- **ARTÍCULO 310.- Oralidad del juicio.** Las declaraciones del imputado, de los testigos y peritos y las demás intervenciones que se produzcan durante el debate, así como las resoluciones o sentencias que dicte el respectivo Tribunal, serán orales.

  Los informes periciales realizados durante la etapa preparatoria, a efectos de ratificación en el acto de juicio. Cuando su contenido sea contradictorio con lo manifestado en dicho acto, las partes podrán

interrogar al perito sobre la contradicción apreciada entre ambas manifestaciones sucesivas.

- **ARTÍCULO 326.- <u>Dictamen pericial.</u>** Una vez identificados, los peritos serán juramentados y advertidos de las consecuencias legales de sus actos, si faltan a la verdad. Rendirán sus dictámenes en forma verbal y, mientras cumplen sus funciones, podrán consultar documentos de cualquier clase. Si el dictamen pericial se ha rendido por escrito, se leerá durante la audiencia, a efecto de su ratificación y sin perjuicio de lo dispuesto en el párrafo tercero de este Artículo.

  Siempre que sea posible, las operaciones periciales se efectuarán en la audiencia misma.

  Los peritos responderán las preguntas que les formulen las partes, los consultores técnicos y los miembros del tribunal.

  Lo dispuesto en este Artículo será aplicable, en lo pertinente, a los intérpretes.

- **ARTÍCULO 327.- <u>Incomparecencia del Perito.</u>** Cuando el perito oportunamente citado, se negare a comparecer sin causa justificada, será citado por segunda vez; el juicio se continuará para la práctica de la prueba pendiente si ello fuere posible, de no serlo, se suspenderá.

  Si el perito, no compareciera a la segunda citación, el Presidente ordenará que sea conducido por medio de la fuerza pública y solicitará a quien lo propuso, colabore con la diligencia.

  La segunda citación del perito se hará bajo prevención de que si no comparece, será conducido por la fuerza pública y sin perjuicio de la pena que deberá aplicársele por el delito de desobediencia.

APARTADOS Y SISTEMATIZACIÓN GENERAL DEL INFORME PERICIAL PSICOLÓGICO

- **<u>DATOS IDENTIFICATIVOS DEL /LOS PERITOS</u>.**
- **<u>AUTORIDAD O PERSONA QUE LO SOLICITA</u>.**
- **<u>METODOLOGÍA.</u>**
- **<u>ANTECEDENTES SUMARIALES. RESUMEN DE LOS HECHOS</u>.**
  - DATOS DE LA FAMILIA
  - DINÁMICA DEL DELITO

- HECHOS LABORALES. ETC

- **EXPLORACIÓN:**
  - DEL SISTEMA FAMILIAR.
  - DEL ENTORNO.
  - DE LA PERSONA.

    - Antecedentes. Anamnesis.
      - Nacimiento.
      - Antecedentes familiares.
      - Infancia.
      - Vínculos.
      - Escolarización.
      - Antecedentes médicos.
      - Antecedentes psiquiátricos.
      - Antecedentes psicológicos: (lenguaje, aprendizaje, control de esfínteres, problemas de conducta, ...).
      - Adolescencia.
      - Consumo de sustancias psicotrópicas.
      - Servicio militar.
      - sexualidad.
      - Antecedentes laborales.
      - Antecedentes penales o policiales.
      - Matrimonio. Historia conyugal
      - Antecedentes de victimización.

    - Entrevista.
      - Aspecto.
      - Examen somático. Biotipo.

- Rapport. Actitud.
- Conducta.
- Lenguaje.
- **SISTEMA COGNITIVO.**
  - Conciencia.
  - Orientación.
  - Atención.
  - Inteligencia: razonamiento informal; resolución de problemas.
  - Lectura, escritura y praxias.
  - Pensamiento: curso y contenido.
  - Memoria: evocación y fijación.
- **SISTEMA AFECTIVO.**
  - Animo.
  - Afectividad.
  - Auto-estima.
  - Empatía.
  - Sentimientos.
  - Emociones.
  - Motivaciones
- **ESTILO DE VIDA.**
  - Aficiones.
  - Sociabilidad.
  - Intereses.
- **RASGOS DE PERSONALIDAD.**
  - Neuroticismo. Ansiedad.
  - Extraversión.
  - Estilos cognitivos.
  - Sensibilidad.
  - Estabilidad emocional.

- Tolerancia a la frustración.
- Dependencia.

- **VALORES.**

- Pruebas complementarias.
  - Entrevistas Estructuradas.
  - Escalas.
  - Tests.
  - Observación en medio natural.
  - Analítica.
  - Pruebas de neuroimagen.
  - Respuesta al tratamiento.

- **DISCUSIÓN PSICO-LEGAL**
  - **Diagnóstico**
  - **Consideraciones Forenses**
- **CONCLUSIONES. Las conclusiones forenses deben estar numeradas (primera, segunda,...), ser muy escuetas, con un lenguaje claro e inteligible para el profano y recogerán los aspectos más relevantes.**
- **FORMULA FINAL.**
- **FECHA Y FIRMA.**

Respecto al diagnóstico psicopatológico, explicaremos la **valoración multiaxial.**

En el Eje II, el perito incluirá los trastornos de inicio en la infancia, adolescencia o inicios de la edad adulta, es decir los trastornos del desarrollo incluido el retraso mental y los trastornos de la personalidad. Si existieran rasgos de personalidad aislados que resultaren relevantes para la pericia, serán igualmente reseñados. El contenido de este eje puede estar muy relacionado con el concepto <<anomalía>> presente en el Art.. 20 del código penal.

En el Eje I el perito incluirá el resto de trastornos mentales, generalmente de aparición nueva o reciente, muy relacionados con el concepto "alteración" del Art. 20 del código penal.

El Eje III está reservado para la patología somática y el psicólogo solo deberá cumplimentarlo si tal patología está acreditada o documentada por informes médicos.

El Eje IV comprende los estresores psicosociales o ambientales que influyen en los diagnósticos.. Un problema psicosocial o ambiental, según el DSM-IV puede ser un acontecimiento vital negativo, una dificultad o deficiencia ambiental, un estrés familiar o interpersonal, una insuficiencia en el apoyo social o los recursos personales, u otro problema relacionado con el contexto en que se han desarrollado alteraciones experimentadas por una persona. Los denominados estresantes positivos, como una promoción laboral, sólo deben hacerse constar si constituyen un problema o conducen a él, como cuando una persona tiene dificultades para adaptarse a una situación nueva. Además de desempeñar un papel en el inicio o exacerbación de un trastorno mental, los problemas psico-sociales también pueden aparecer como consecuencia de la psicopatología, o pueden constituir problemas que deben tomarse en consideración en el planeamiento de la intervención terapéutica general. Cuando una persona tiene problemas psicosociales o ambientales múltiples, el clínico debe tomar nota de todos aquellos que juzgue relevantes.

En general, el clínico sólo debe hacer constar aquellos problemas psico-sociales y ambientales que hayan estado presentes durante el año anterior a la evaluación actual. Sin embargo, el clínico puede decidir el registro de problemas psico-sociales y ambientales acaecidos antes del año anterior si han contribuido claramente al trastorno mental o se han constituido en un objetivo terapéutico (p. Ej. experiencias previas de combate conducentes a un trastorno por estrés postraumático).

En la práctica, la mayor parte de los problemas psico-sociales y ambientales se indicarán en el Eje IV. No obstante, cuando un problema psico-social o ambiental constituya el centro de la atención clínica, se hará constar también en el Eje I, *con un código derivado del apartado Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica*

El Eje V corresponde a una evaluación global del sujeto.

Una vez establecido el diagnóstico, pueden aplicarse las siguientes especificaciones indicadoras de gravedad y curso evolutivo: leve, moderado, grave, en remisión parcial, en remisión total e historia anterior. Las especificaciones "leve, moderado y grave" sólo deben utilizarse cuando el trastorno cumpla en el momento presente todos los criterios. Al decidir si la presentación del trastorno ha de describirse como leve, moderada o grave, el clínico debe tener en cuenta el número e intensidad de los signos y síntomas del trastorno en cuestión, así como cualquier irregularidad en la actividad laboral o social[3].

3
Leve. Son pocos, o ninguno, los síntomas que exceden los requeridos para formular el diagnóstico. Los síntomas no dan lugar sino a un ligero deterioro de la actividad social o laboral.

Los diagnósticos múltiples pueden formularse en forma multiaxial o no axial. Cuando el diagnóstico principal corresponde a un trastorno del Eje I, esto se indica situándolo en primer lugar. Los restantes trastornos se ordenan según el objetivo asistencial y terapéutico. Cuando una persona cuenta con diagnósticos tanto del Eje I como del Eje II, se supondrá que el diagnóstico principal o el motivo de la visita radicará en el Eje I a menos que el diagnóstico del Eje II vaya seguido de la expresión (diagnóstico principal) o (motivo de la consulta).

Cuando existe una clara presunción de que todos los criterios para un trastorno se cumplirán en última instancia, pero no se dispone de suficiente información para formular un diagnóstico firme, en tal caso puede utilizarse la especificación provisional. El evaluador puede indicar la incertidumbre diagnóstica anotando (provisional) después del diagnóstico. Por ejemplo, el sujeto parece sufrir un trastorno depresivo mayor, pero no es posible obtener una historia adecuada que permita establecer que se cumplen todos los criterios.

Moderado. Existen síntomas o deterioro funcional situados entre leve y grave.
Grave. Se detectan varios síntomas que exceden los requeridos para formular el diagnóstico, o distintos síntomas que son particularmente graves, o los síntomas dan lugar a un notable deterioro de la actividad social o laboral.

En remisión parcial. Con anterioridad se cumplían todos los criterios del trastorno, pero en la actualidad sólo permanecen algunos de sus síntomas o signos.

En remisión total. Ya no existe ningún síntoma o signo del trastorno, pero todavía es relevante desde un punto de vista clínico tener en cuenta dicho trastorno, por ejemplo, en un individuo con episodios anteriores de trastorno bipolar que ha permanecido sin síntomas durante los últimos 3 años, bajo tratamiento con litio. Tras un período de tiempo en completa remisión, el clínico puede considerar que el sujeto está recuperado y, en consecuencia, no codificar el trastorno como un diagnóstico actual. La diferenciación de en remisión total requiere la consideración de distintos factores, incluyendo el curso característico del trastorno, el lapso de tiempo transcurrido desde el último período patológico, la duración total del trastorno y la necesidad de evaluación persistente o de tratamiento profiláctico.

Historia anterior. En determinados casos puede ser útil reconstruir la historia de los criterios cumplidos por el trastorno, aun cuando el individuo esté recuperado en la actualidad. Es-tos diagnósticos anteriores de un trastorno mental deben indicarse utilizando la especificación historia anterior (p. ej., trastorno de ansiedad por separación, historia anterior, aplicable a un individuo con una historia de trastorno de ansiedad por separación, que en la actualidad no sufre trastorno alguno o que ahora satisface criterios de crisis de angustia).

En caso de duda, la incertidumbre diagnóstica puede expresarse: mediante Códigos Z (otros problemas que pueden ser objetivo de atención clínica), R69 Diagnóstico o trastorno aplazado en el Eje I [799.9], R46.8 Diagnóstico aplazado en el Eje II [799.9], F99 Trastorno mental no especificado (no psicótico [300.9]), F29 Trastorno psicótico no especificado [298.9] (Clase de trastorno) no especificado, por ejemplo, trastorno depresivo no especificado, (Diagnóstico específico) (provisional), por ejemplo, trastorno esquizofreniforme (provisional).

Eje I: Trastornos Mentales de nueva aparición; códigos adicionales
Eje II: Retraso mental y trastornos de la personalidad
Eje III: Enfermedades somáticas
Eje IV: Estresores (problemas) ambientales / psico-sociales
Eje V: Valoración global del sujeto

La mayor parte de los conjuntos de criterios presentados en el DSM-IV incluyen criterios de exclusión necesarios para establecer límites entre distintos trastornos y para clarificar diagnósticos diferenciales. Los distintos términos utilizados para describir los criterios de exclusión a lo largo del DSM-IV reflejan los diferentes tipos de relaciones posibles entre trastornos: criterios para..., No cumple criterios para..., No aparece exclusivamente en el transcurso de... , No se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia, No se explica mejor por...

- **PRINCIPALES PRESENTACIONES:**

INFORME PERICIAL

- FORMULA INICIAL: NOMBRE, PROFESION, AUTORIDAD O PERSONA QUE PIDE EL INFORME
- OBJETO DE LA PRUEBA
- METODOLOGÍA
- EXPLORACIONES CLÍNICAS
  - ANAMNESIS
  - OBSERVACION
  - ENTREVISTAS
  - ANALISIS FUNCIONAL
  - PRUEBAS COMPLEMENTARIAS
- CONSIDERACIONES FORENSES O DISCUSIÓN FORENSE
- CONCLUSIONES FORENSES
- FORMULA FINAL

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

- **Eje I**: Trastornos Mentales de nueva aparición; códigos adicionales
- **Eje II**: Retraso mental y trastornos de la personalidad
- **Eje III**: Enfermedades somáticas
- **Eje IV**: Estresores (problemas) ambientales / psico-sociales
- **Eje V**: Valoración global del sujeto

Leve.
Moderado.
Grave.
En remisión parcial.
En remisión total.
Historia anterior.

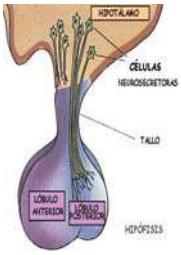
- TIPOS DE PERITOS PSICÓLOGOS (OFICIAL, DESIGNADO Y PRIVADO).
- LA LEY 1/2000 INTRODUCE LA PERICIAL DE PARTE Y EL TESTIGO-PERITO.
- LAS PARTES PUEDEN APORTAR EL DICTAMEN, ANUNCIARLO O SOLICITAR QUE SE EMITA POR EL PERITO OFICIAL
- LISTAS DE PERITOS. SE SUPRIME LA INSACULACIÓN.
- PLAZOS (5DIAS PARA COMUNICAR Y 5 DIAS PARA ACEPTAR). PROCEDIMIENTO EN JUSTICIA GRATUITA.
- ¿QUIÉN PUEDE PERITAR? QUE TITULO? PERSONAS NO TITULADAS
- ¿QUIÉN NO PUEDE PERITAR? TACHAS Y RECUSACIONES.
- FUNCIONES DEL PSICÓLOGO ANTE LA ADMINISTRACIÓN DE JUSTICIA.
- ESTÁ OBLIGADO EL PSICÓLOGO?
- OBLIGACIONES DEL PERITO. JURAMENTO O PROMESA DE DECIR VERDAD. ACTUARÁ CON LA MAYOR OBJETIVIDAD POSIBLE.PLAZOS RESPONSABILIDAD. QUE DEBE CONTENER EL INFORME?
- LOS INFORMES PERICIALES SE FORMULAN POR ESCRITO ACOMPAÑADO DE ANEXOS, DOCUMENTOS, MATERIALES O INSTRUMENTOS
- DERECHOS DEL PERITO: PROVISIÓN EN LA LEY 1/2000 // PROTECCIÓN
- EXIGENCIAS PARA LA VALORACIÓN DE LA PRUEBA:
  - CALIDAD Y OBJETIVIDAD
  - VINCULACIÓN
  - DISCREPANCIAS CIENTÍFICAS
  - ARGUMENTACIÓN SI SE APARTA DE LAS CONCLUSIONES
  - PRINCIPIO TODO /NADA.

BLOQUE 2. Delitos específicos y presupuestos psicológicos (1): Etiología de la delincuencia. Violencia y trastorno mental. Psicopatología forense. Delitos específicos y presupuestos psicológicos (2): Concepto y valoración de la personalidad. Los Trastornos de la Personalidad

- **OBJETIVOS:** Conocer los principales estudios sobre la etio-patogenia de la delincuencia. Conocer la psicopatología básica relacionada con la delincuencia y especialmente con la conducta violenta. Especial referencia a los trastornos de la personalidad. Comprender la complejidad de las causas que originan la conducta anti-normativa.

- **PRINCIPALES PRESENTACIONES:**

FACTORES NEURO-ENDOCRINOS

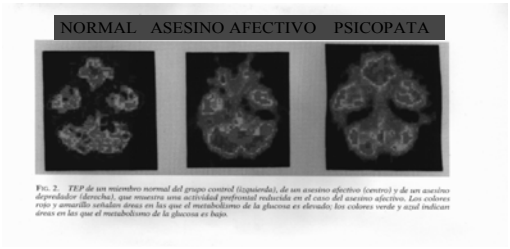


- GENERO: TESTOSTERONA.Raramente ligado a impulsividad. Si a competitividad, dominancia, agresividad, dureza y agresividad (no violencia)
- ESTRÓGENOS Y PGT: Sindrome disfórico fase luteínica; post-parto
- ESTIMULACIÓN // LESIÓN DEL HIPOTÁLAMO

FACTORES NEURO-QUÍMICOS

- SEROTONINA (5HT)
- Bajos niveles de 5HIAA en LCR correlacionan con comportamientos impulsivos, violentos y no planificados
- Correlaciona con déficit control impulsos (rasgo) y conducta problema (suicidio, drogas, reincidencia)
- Correlaciona con Pd de MMPI
- Niveles normales correlacionan - con agresividad

TOMOGRAFIA EMISION POSITRONES



(ADRIAN RAINE, 2000)

DELITOLOGIA PERFILES CRIMINALES

PERFIL PARANOICO (TRASTORNO DELIRANTE)

- Delirio secundario. Tipos más frecuentes. Ausencia de alteraciones senso-perceptivas. Ausencia de deterioro de la Personalidad.
- Premeditación delirante. Polarización hacia una idea o creencia (de relación, religiosa, política,…), persona u objeto.
- Edad de comienzo. Personalidad de base. Concepto de desarrollo.
- Progresión delictiva. Violencia prodrómica al homicidio.
- Circunstancia estresante previa al delito.
- Comisión del delito con lucidez, serenidad, astucia y precisión.
- Carácter desproporcionado, pero "comprensible" del crimen.
- Individualismo. Delincuente solitario.
- Crimen justificado, necesario (cumplimiento de un deber).
- Ausencia de arrepentimiento ("hacer justicia").
- No se esconde y frecuentemente se entrega y confiesa. Justifica el delito con argumentación exhaustiva.
- Tendencia al litigio. Antagonismo con el Sistema Judicial
- Algunos ejemplos: Antonio Peñafiel, Asesino de la Baraja

PERFIL PARANOIDE (ESQUIZOFRENIA ; PSICOSIS INDUCIDA) (desorganizado)

- Delirio primario. Tipos más frecuentes. Alteraciones senso-perceptivas. Deterioro de la personalidad.
- Edad de comienzo. Personalidad de base. Inicio brusco.
- Crimen efectuado de forma impulsiva, ansiosa, sin planificar, sin conversar con la víctima a la que suele conocer (familiares o cuidadores). Otras veces crimen en masa (Pseudo-comunidad).
- El crimen frecuentemente es llevado a cabo en el lugar de trabajo u otro lugar conocido
- Crimen solitario.
- Deja muchos indicios en el lugar de los hechos, entre otros el propio cadáver.
- Tiene una autoestima pobre, intolerancia a la frustración y dificultad en relaciones interpersonales.
- Con frecuencia es rápidamente detenido. Se muestra confuso y agresivo.

PERFIL PSICOPÁTICO. (Criminal organizado)

- Elevado nivel de inteligencia y auto-control emocional. Frío, calculador, empatiza por interés.
- Socialmente competente, exquisitos modales, pocas reyertas y no toma drogas.
- Doble vida.
- Suele presentar rasgos antisociales, narcisistas o sádicos. Carece de empatía, culpa, difícilmente condicionable.
- Crimen está bien planificado, ejecutado a la perfección, frecuentemente en solitario.
- Víctima está bien elegida, conversa con ella durante el acto para después amordazarla, agredirla, matarla, y hacerla desaparecer. Colecciona con frecuencia trofeos de sus víctimas.
- Móvil simbólico, una venganza contra los padres, la mujer o la sociedad.
- Algunos ejemplos: Rodríguez Vega, Arlindo Carballo.

PERFIL SÁDICO

(R. Britain)

- Varón < 35 años. Introvertido, distante, tímido aunque pedante, pocos amigos. Solitario: va al cine solo, lee, oye música. Rara vez bebe o fuma en exceso.
- Pseudo-intelectual. Es calificado de raro o extravagante. Narcisista, aprensivo e hipocondríaco
- Educado, buenos modales, encantador. Refinado. Pacífico, no devuelve la violencia. Es descartado como sospechoso. Seductor pero con frecuencia escasa potencia sexual. Pocas relaciones hetero-sexuales. Frecuentemente es soltero. Cuarto o cobertizo en donde imagina escenas que luego interpreta a la perfección. Fascinación por las armas, lecturas violentas, comics violentos.
- Ordenado, obsesivo incluso en la escena del crimen. Gran fantasía y fluencia de ideas. Seudo-alucinaciones, con frecuencia lucha entre el bien y el mal. Cuadros de despersonalización.
- Delinque tras alguna agresión a su auto-estima. Crimen planificado, frío, se excita mucho especialmente observando el sufrimiento. Después sigue un gran alivio. Asesinato en contacto con la víctima.
- Sin complejo de culpa, lee los periódicos. Colecciona trofeos. Imperturbable ante los tribunales.

CRIMINAL ORGANIZADO

- Suele tener un elevado nivel de inteligencia y mucho auto-control emocional. Es frío, calculador y tan solo empatiza por interés.
- Su crimen está bien planificado, ejecutado a la perfección, frecuentemente en solitario o con pocos cómplices.
- Este tipo de criminal es socialmente competente, casado, con frecuencia de buenos y exquisitos modales, pocas reyertas y no toma drogas.
- Su personalidad suele presentar rasgos antisociales, narcisistas o sádicos.
- La víctima está bien elegida, conversa con ella durante el acto para después amordazarla, agredirla, matarla, y hacerla desaparecer
- Colecciona con frecuencia trofeos de sus víctimas. Sin ningún sentimiento de culpabilidad, reacciona con gran serenidad.
- El móvil puede ser simbólico, una venganza contra los padres, la mujer o la sociedad
- Gerard Schaefer

PERFIL DEL CRIMINAL: DESORGANIZADO

- Tiende a tener una inteligencia media y con frecuencia una personalidad esquizoide, paranoide o mixta.
- Procede e familias desestructuradas.
- Tiene una autoestima pobre, intolerancia a la frustración, tendencia a reaccionar con disforia ante las dificultades de la vida.
- Patografía: Crónica dificultad en las relaciones interpersonales.
- El crimen frecuentemente es llevado a cabo en el lugar de trabajo o residencia (u otro lugar conocido),
- Crimen efectuado de forma impulsiva, ansiosa, sin planificar, sin conversar con la víctima a la que suele conocer.
- Deja muchos indicios en el lugar de los hechos, entre otros el propio cadáver

IDEA	DELIRANTE	DELIROIDE
DELIRIO	PRIMARIO	SECUNDARIO
RELACIÓN VIVENCIAS	NO	SI
SISTEMATIZACIÓN	INSISTEMATIZADO	SISTEMATIZADO
EXTRAÑEZA DE IDEAS	SI: INCOMPRENSIBLE	NO: COMPRENSIBLE
UTILIDAD	INUTIL	UTIL
CONGRUENCIA E. ÁNIMO	+-	CONGRUENTE
INICIO	BRUSCO: PROCESO	LENTO: DESARROLLO
EDAD INICIO	JUVENIL	> 35 AÑOS
TIPOS MÁS FRECUENTES	MÍSTICO MESIÁNICO SOMÁTICO MEGALOMANIACO PERJUICIO PERSECUTORIO INVENCIÓN	PERSECUTORIO PERJUICIO LITIGANTE CELOS EROTOMANÍA RUINA MIXTO U OTRAS NO EXTRAÑAS
ALT. SENSOPERCEPTIVAS DE LENGUAJE O DETERIORO	+-	NO
TRASTORNO	ESQUIZOFRENIA	T.I.D. // T. ESTADO ÁNIMO

CR Cloninger: Teoría bio-social (1986, 1993)

TEMPERAMENTO
(GENÉTICAMENTE CONDICIONADO ESTABLE)

- **BUSQUEDA SENSACIONES NUEVAS (dopam)**
- **EVITACIÓN DEL DAÑO (serot)**
- **DEPENDENCIA RECOMPENSA (Noradr)**
- **PERSISTENCIA**

CARÁCTER
(SOCIALIZACIÓN)

- **AUTODIRECCIÓN**
- **COOPERATIVIDAD**
- **AUTO-TRASCENDENCIA (AUTOPERCEPCIÓN)**

	TEMPERAMENTO	TEMPERAMENTO
BUSQUEDA NOVEDADES		
	NS1 RIGIDEZ ESTOICA	EXCITABILIDAD EXPLORATORIA
	NS2 REFLEXION	IMPULSIVIDAD
	NS3 RESERVA	EXTRAVAGANCIA
	NS4 REGLAMENTACION ESTRICTA	DESORDEN
EVITACIÓN DEL RIESGO		
	HA1 OPTIMISMO	PREOCUPACION
	HA2 CONFIANZA	MIEDO
	HA3 GREGARISMO	TIMIDEZ
	HA4 VIGOR	FATIGABILIDAD
DEPENDENCIA DE LA RECOMPENSA		
	RD1 INSENSIBILIDAD	SENTIMENTALISMO
	RD3 DESAPEGO	APEGO
	RD4 INDEPENDENCIA	DEPENDENCIA
PERSISITRNCIA		
	RD 2 NO PERSISTENCIA	PERSISTENCIA

	CARACTER	CARACTER
AUTODIRECCION		
	S1 PROYECCION DE CULPA	RESPONSABILIDAD
	S2 AUSENCIA DE METAS	DETERMINACIÓN
	S3 INERCIA	RECURSOS
	S4 COMPETICION	AUTOACEPTACION
	S5 MALOS HABITOS	HABITOS CONGRUENTES
COOPERACION		
	C1 INTOLERANCIA SOCIAL	ACEPTACION SOCIAL
	C2 INSENSIBILIDAD	EMPATIA
	C3 EGOISMO	TENDENCIA A AYUDAR
	C4 VENGANZA	COMPASION
	C5 OPORTUNISMO	CON PRINCIPIOS
AUTOTRASCENDENCIA		
	ST1 COHIBICION	ABSTRACION
	ST2 AUTOIDENTIFICACION	IDENTIFICACION TRANSPERSONAL
	ST3 MATERIALISMO	ESPIRITUALIDAD

- **RELATIVA ESTABILIDAD TRANS TEMPORAL Y TRANS-SITUACIONAL. PERMITE PREDECIR E INFERIR CONDUCTAS (IMPUTABILIDAD, CAPACIDAD Y PELIGROSIDAD)**
- **PERMITE DESCRIBIR Y EXPLICAR CONDUCTAS (DELITO, FAMILIA)**
- **CONDICIONA ECLOSIÓN DE OTROS TRASTORNOS MENTALES : PERSONALIDAD PRE-MÓRBIDA**
- **CONDICIONA LA EXPRESIÓN O PATOPLASTIA DE LOS TRASTORNOS MENTALES.**
- **CONDICIONA EL CURSO Y PRONÓSTICO DE LOS T. M. (PELIGROSIDAD, C. OBRAR Y VICTIMOLOGÍA)**
- **EXPLICACIÓN DE LA S. MENTAL EN TÉRMINOS DE P.**
- **ELEVADA PREVALENCIA DE LOS TRATORNOS DE LA P.**

TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

CLASIFICACIONES

CIE-10	DSM-IV-TR
PARANOIDE	PARANOIDE
ESQUIZOIDE	ESQUIZOIDE
	ESQUIZOTÍPICO
DISOCIAL	ANTISOCIAL
INESTABILIDAD IMPULSIVO // LIMITE	LIMITE
HISTRIÓNICO	HISTRIÓNICO
	NARCISISTA
ANSIOSO	POR EVITACIÓN
ANACÁSTICO	OBSESIVO-COMPULSIVO
DEPENDIENTE	DEPENDIENTE
OTROS	NO ESPECIFICDO

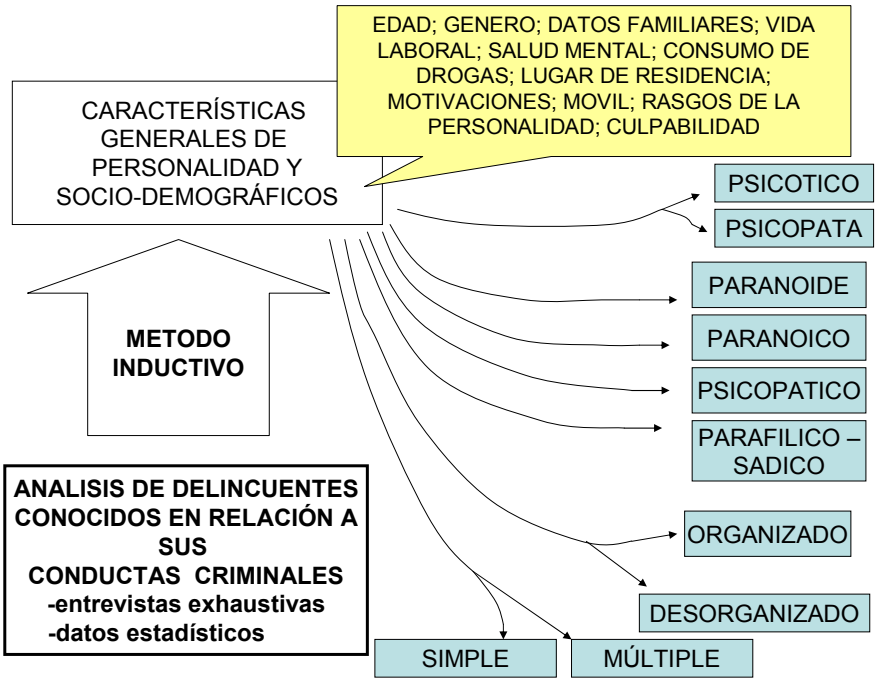
ATRIBUTOS CLAVE

ESQUIZOIDE	FRIO	SOLITARIO	IMPASIBLE
ESQUIZOTIPIC	RARO	EXTRAVAGANTE	AFECTO INAPROP
PARANOIDE	SUSPICAZ	BELIGERANTE	DESCONFIADO
ANTISOCIAL	DISNOMICO	MANIPULADOR	AGRESIVO
LIMITE	INESTABLE	IMPULSIVO	VACÍO
HISTRIÓNICO	B. ATENCIÓN	TEATRAL	SUGESTIONABLE
NARCISISTA	ARROGANTE	PRETENCISOSO	EXPLOTADOR
EVITATIVO	AUTOESTIMA -	MIEDO-INHIB	S. RECHAZO
OBSESIVO-C	INSEGURIDAD NO DELEGA	PERFECCIONAISM	RIGIDEZ
DEPENDIENTE	INSEGURIDAD DELEGA	DESMOTIVACIÓN	MIEDO ABANDONO

BLOQUE 3. Valoración de las bases psicopatológicas de la capacidad procesal e imputabilidad. Medidas de Seguridad privativas y no privativas de libertad. Perfiles criminales.

- **OBJETIVOS:** Conocer las bases psicopatologicas de la imputabilidad, y la metodología para su valoración pericial. Causas de inimputabilidad y medidas de seguridad aplicables tanto en España como en Honduras. Especial referencia al internamiento involuntario. Estadísticas de Tribunal Supremo Español.

- **PRINCIPALES PRESENTACIONES:**



CAPACIDAD SER JUZGADO

A)-Comprende el acusado la naturaleza y posibles consecuencias del cargo?
B)-Entiende la diferencia entre un alegato de culpabilidad y otro de inocencia?
C)-Puede instruir a sus representantes legales?
D)-Puede seguir la evidencia aportada en el juicio?
E)-Puede rechazar a determinados miembros del jurado?

Anexo 1. (*)
MINI-EXAMEN COGNOSCITIVO
Primera versión en Castellano del Mini-Mental Status Examination (MMSE, Folstein *y cols., 1975)*
Versiones de 35 puntos (MEC-35) y 30 puntos (MEC-30)

Paciente..... Edad .....
Ocupación ..... Escolaridad..... Examinado por..... Fecha .....

	PUNTOS (Máx.)
ORIENTACIÓN	
•"Dígame el día ..... Fecha ..... Mes ..... .Estación ..... Año ....."	.....(5)
•"Dígame el Hospital (o el lugar)..... Planta..... Ciudad ..... Provincia ..... Nación....."	.....(5)
FIJACIÓN	
•"Ahora, por favor, le voy a pedir que repita estas 3 palabras: Peseta-Caballo-Manzana" (Repetirlas hasta que las aprenda y contar los intentos, nº:.....) ..... "Acuérdese de ellas, porque se las preguntaré dentro de un rato".	.....(3)
CONCENTRACIÓN Y CALCULO	
•"Si tiene 30 ptas. y me va dando de 3 en 3. ¿Cuántas le van quedando"	.....(5)
•"Repita los números que voy a decirle: 5-9-2" (hasta que los aprenda y contar los intentos, nº:.....) "Ahora repita los números hacia atrás, empezando por el último".....	.....(3)"
MEMORIA	
•"¿Recuerda las 3 palabras que le he dicho antes?"	.....(3)
LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN	
•Mostrar un bolígrafo: "¿Qué es esto?" Repetirlo con el reloj: "¿Qué es esto?".....	.....(2)
•"Repita esta frase: En un trigal había cinco perros".....	.....(1)
•"Una manzana y una pera son frutas ¿verdad?. Se parecen en que son frutas. ¿Qué son (o en qué se parecen) el rojo y el verde? ¿Qué son (o en qué se parecen) un perro y un gato?".....	.....(2)"
•"Coja este papel con la mano derecha, dóblelo y póngalo encima de la mesa".....	.....(3)
•"Lea esto y haga lo que dice": CIERRE LOS OJOS.....	.....(1)
•"Escriba una frase (algo que tenga sentido)"	.....(1)
•"Copie este dibujo":	

Tabla 4. Diagnóstico diferencial entre demencia y psudodemencia depresiva (1)

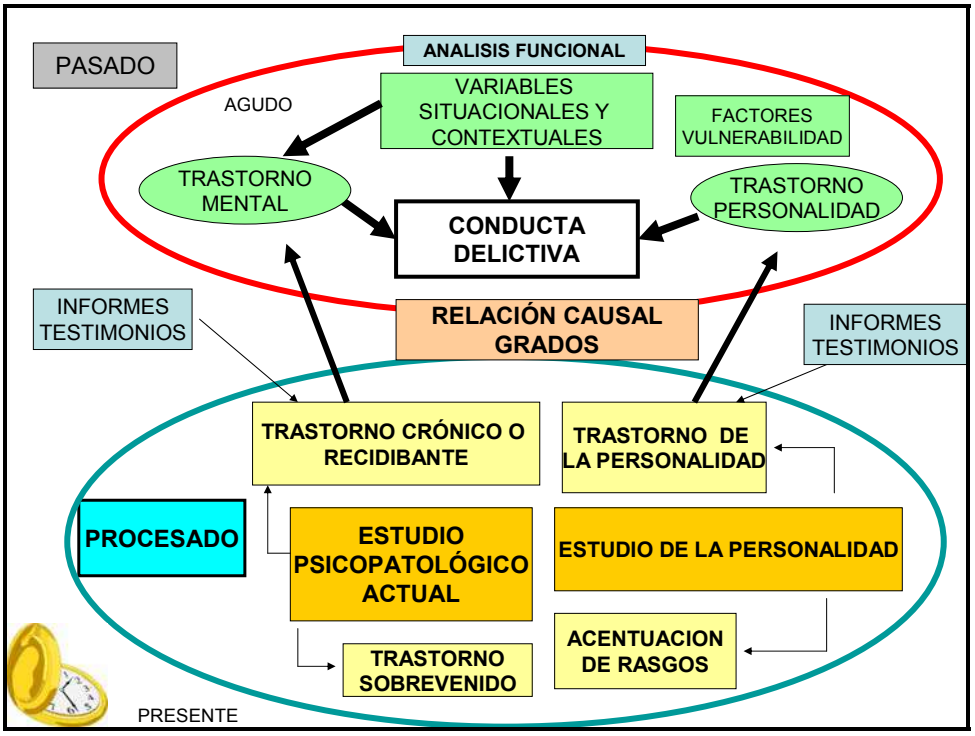
PSEUDODEMENCIA DEPRESIVA	DEMENCIA
DATOS FAMILIARES	
1. Historia familiar de depresión 2. Preocupación familiar por la memoria del paciente 3. Los familiares pueden acompañar o no al paciente a la consulta	1. Historia familiar de demencia 2. Preocupación familiar por la discapacidad 3. Casi siempre le acompañan
HISTORIA PERSONAL	
1. Antecedentes personales de depresión 2. Inicio preciso 3. Progresión rápida 4. Consulta pronto (< 6 meses de evolución) 5. La depresión precede al deterioro cognitivo 6. Síntomas depresivos persistentes, tristeza 7. Buena respuesta a antidepresivos 8. Detalla sus molestias 9. Preocupado por sus síntomas 10. Trastornos del apetito 11. Delirios somáticos 12. Autoacusaciones	1. Sin antecedentes de depresión 2. Inicio insidioso 3. Progresión lenta 4. Consulta más tarde 5. El deterioro cognitivo precede a la depresión 6. Labilidad emocional 7. Mala respuesta a antidepresivos 8. Las molestias son vagas 9. Despreocupado 10. No tiene trastornos del apetito 11. Delirios ridículos 12. Se queja de los demás
EXAMEN CLÍNICO	
1. Responde con frecuencia "no lo sé" o "no puedo" 2. Pérdida de memoria reciente y remota 3. Se queja de más trastornos cognitivos que los objetivables 4. No se pierde por los sitios 5. No tiene afasia, apraxia ni agnosia 6. Test de depresión alterados 7. Test cognitivos normales o poco alterados	1. Responde con aproximaciones o mira a un familiar pidiendo ayuda 2. Mayor perdida de la memoria reciente 3. Se queja de menos trastornos cognitivos que los objetivables 4. Pérdidas en la calle y en casa 5. Presencia de afasia, apraxia, agnosia... 6. Test de depresión negativos o poco alterados 7. Test cognitivos alterados

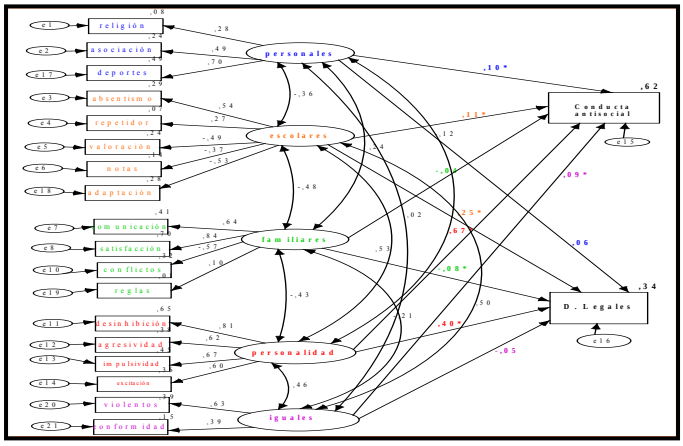
ARTICULO 105 .- Incapacidad sobreviviente del imputado.

- Cuando por causa sobreviniente al hecho supuestamente delictivo, el imputado no se encuentra en condiciones de participar conscientemente en el proceso, por alteración de su capacidad de comprensión de los actos que en él hayan de realizarse, o de actuar conforme a ese entendimiento, se suspenderá la tramitación de aquel hasta que recupere la capacidad.
- Sin embargo, a instancia de parte, el Juez podrá disponer la práctica de las actuaciones de investigación que corran grave peligro de frustrarse por la demora consiguiente a la suspensión.
- Sin hubiere varios imputados, el procedimiento continuará con respecto a los capaces.
- La incapacidad deberá ser declarada por el órgano jurisdiccional competente, de oficio, oyendo a las partes, o a instancia de alguna de éstas.
- Los actos procésales realizados por los incapaces a que se refiere este Artículo, no producirá efecto alguno.

ARTICULO 291.- Suspensión de la declaración

- No se procederá al examen de la persona imputada cuando se aprecien en ella signos de sueño, fatiga, enfermedad o pérdida de serenidad que reduzcan su capacidad de juicio. En estos casos, así como cuando el examen de las persona imputada se prolongue mucho tiempo, o el número de preguntas que se le hayan hecho sea tan considerable que hubiese perdido la serenidad de juicio necesaria para contestar a las demás que deban hacérsele, se suspenderá el examen, concediendo a la persona interrogada el tiempo necesario para descansar y recuperar la calma. En caso de enfermedad de la persona imputada, el Juez, por propia iniciativa o a instancia de la persona interrogada o de su defensa, dispondrá que le sea prestada la atención médica necesaria.





CAUSAS DE INIMPUTABILIDAD
Artículo 23

- No es imputable:
- El menor de doce (12) años. Tanto éste como el mayor de dicha edad pero menor de dieciocho (18) años quedarán sujetos a una ley especial; y,
- Quien en el momento de la acción u omisión padezca de psicosis, de retardo mental severo o de psicosis transitoria y carezca, por ello, de la capacidad de comprender el carácter ilícito del hecho o de determinarse de acuerdo con esa comprensión, salvo que el trastorno mental transitorio haya sido provocado por el agente dolosa o culposamente.

CIRCUNSTANCIASATENUANTES
Artículo 26

Son circunstancias atenuantes:

- **las expresadas en el titulo anterior, cuando no concurran todos los requisitos necesarios para eximir de responsabilidad en sus respectivos casos.**
- **ser el culpable menor de veintiún anos y mayor de setenta.**
- **ejecutar el hecho en estado de embriaguez, cuando esta no fuere habitual o posterior al proyecto de cometer el delito, siempre que estas situaciones sean científicamente comprobadas.**
- **haber precedido inmediatamente, de parte del ofendido, provocación o amenaza proporcionada al delito.**
- **haber ejecutado el hecho en vindicación próxima de una ofensa grave, causado al autor del delito, a su cónyuge o persona con quien hace vida marital, sus ascendientes, descendientes, hermanos o afines hasta el segundo grado.**
- **obrar por estímulos tan poderosos que naturalmente haya producido arrebato u obcecación.**
- **haber procurado el culpable, con medios eficaces, reparar el mal causado o impedir sus perniciosas consecuencias.**
- **si, pudiendo el reo eludir la acción de la justicia por fuga u otro medio idóneo, se ha presentado voluntariamente a la autoridad competente.**
- **no haber en el proceso otra prueba directa que la confesión del procesado.**
- **haber procedido impulsado por sugestión colectiva o tumultuaria, siempre que el culpable no la hubiere provocado ni actuado en ella como director del grupo.**
- **haber actuado la mujer bajo la influencia de trastornos fisiológicos propios de su sexo.**
- **haber obrado por móviles nobles, altruistas o piadosos.**
- **no haber tenido el delincuente intención de causar un mal de tanta gravedad**
- **14) cualquier otra circunstancia análoga a las anteriores**.

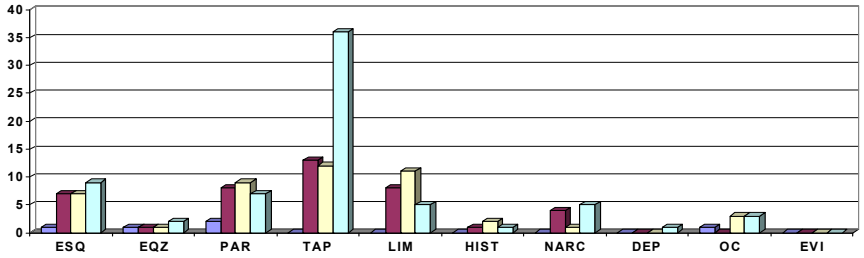
	COGNITIVAS			VOLITIVAS	
	CONCIENCIA CONTACTO CON LA REALIDAD	CONOCIMIENTO. CONOCER LAS CONSECUENCIAS DE LA CONDUCTA	COMPRENSIÓN. COMPRENDER LA ILICITUD DEL ACTO	AUTO-CONTROL. CONTROL DE LOS IMPULSOS	AFECTIVIDAD. MOTIVABILIDAD POR LA NORMA HUMOR
PSICOSIS	+++		+++		++
RETRASO MENTAL		+++	+++	+-	+-
TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD				++	++
ABUSO DE DROGAS				+++	++
TRASTRONOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS				+++	++
PARAFILIAS				++	++
DEMENCIAS	++	++	++	++	++

LA IMPUTABILIDAD EN EL DERECHO COMPARADO

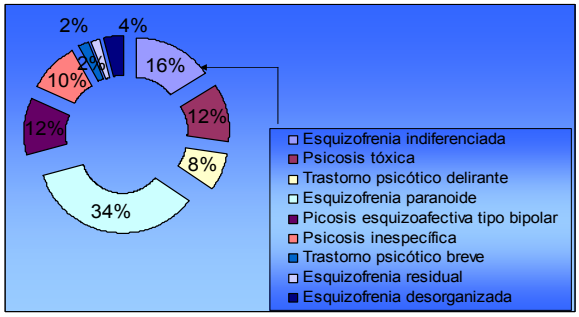
PAIS	ARTICULO	IMPUTABILIDAD ANULADA	IMPUTABILIDAD DISMINUIDA
ALEMANIA	20 /21	Quien en el momento de los hechos, a causa de una psicosis u otro trastorno mental similar, o a causa de una profunda interrupción de la conciencia, o retraso mental u otro tipo de anormalidad mental severa, es incapaz de comprender la ilicitud de su conducta o de actuar conforme a esa comprensión	Quien al tiempo del delito, la capacidad del perpetrador para comprender la ilicitud de su conducta o de actuar de acuerdo a dicha comprensión, se encuentre sustancialmente disminuida
FRANCIA	122	Quien padezca en el momento de los hechos un trastorno psíquico o neuro-psíquico que haya abolido su discernimiento o el control de sus actos Fuerza o impulso irresistible	Trastorno psíquico o neuro-psíquico, en el momento de los hechos, que haya alterado su discernimiento o el control de sus actos
TALIA	88-89	Quien en el momento de cometer el hecho se encuentra por enfermedad en un estado mental que anula las capacidades de entender y querer	Quien en el momento de cometer el hecho se encuentra por enfermedad en un estado mental que afecta gravemente, sin anular, las capacidades de entender y querer
SUIZA	10	A causa de una enfermedad mental o grave alteración de la conciencia no poseía en el momento de los hechos la facultad de apreciar el carácter ilícito de sus actos o de determinarse conforme a esa apreciación	… no poseía plenamente en el momento de los hechos la facultad de apreciar el carácter ilícito de sus actos o de determinarse conforme a esa apreciación

PAIS	ARTC	IMPUTABILIDAD ANULADA	IMPUTABILIDAD DISMINUIDA
ARGENTINA	34	El que no haya podido en el momento del hecho, ya sea por insuficiencia de sus facultades, por alteraciones morbosas de las mismas o por su estado de inconsciencia, error o ignorancia de hecho, no pueda comprender la criminalidad del acto o dirigir sus acciones.	
BRASIL	28	Enfermedad o retraso mental, si al tiempo de la acción u omisión, es completamente incapaz de comprender el carácter ilícito del hecho o de determinarse de acuerdo con esa comprensión. Embriaguez completa proveniente de caso fortuito o de fuerza mayor.	Embriaguez completa proveniente de caso fortuito o de fuerza mayor, siempre que al tiempo de la acción u omisión…no poseía la plena capacidad para comprender el carácter ilícito del hecho o de determinarse de acuerdo con esa comprensión.
CUBA	20 / 26	El que comete el hecho delictivo en estado de enajenación mental, trastorno mental transitorio o desarrollo mental retardado, si por alguna de estas causas no posee la facultad de comprender el alcance de su acción o de dirigir su conducta. Está exento de responsabilidad penal el que obra impulsado por miedo insuperable de un mal ilegítimo, inmediato e igual o mayor que el que se produce.	Cuando el mal temido es menor que el que se produce, pero causa al agente, por sus circunstancias personales, un miedo insuperable determinante de su acción, el tribunal puede rebajar hasta en dos tercios el límite mínimo de la sanción imponible.
CHILE	10-11	**1.° El loco o demente, a no ser que haya obrado en un intervalo lúcido, y el que, por cualquier causa independiente de su voluntad, se halla privado totalmente de razón.** **… El que obra violentado por una fuerza irresistible o impulsado por un miedo insuperable.**	**Las expresadas en el artículo anterior, cuando no concurren todos los requisitos necesarios para eximir de responsabilidad en sus respectivos casos** **… La de obrar por estímulos tan poderosos que naturalmente hayan producido arrebato y obcecación**
MEXICO	15	Al momento de realizar el hecho típico, el agente no tenga la capacidad de comprender el carácter ilícito de aquél o de conducirse de acuerdo con esa comprensión, en virtud de padecer trastorno mental o desarrollo intelectual retardado, a no ser que el agente hubiere provocado su trastorno mental dolosa o culposamente…	Cuando la capacidad a que se refiere el párrafo anterior sólo se encuentre considerablemente disminuida, se estará a lo dispuesto en el artículo 69 bis de este Código

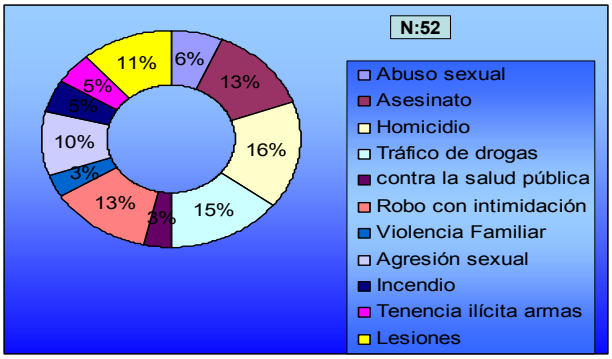
Sentencias Tribunal Supremo					
TRASTORNO	Eximente	Consideran Atenuante de Responsabilidad Penal		No Consideran Atenuante	TOTAL
		Atenuante analógica	Eximente incompleta		
Esquizoide	1	7	7	9	24
Esquizotípico	1	1	1	2	5
Paranoide	2	8	9	7	26
Antisocial	0	13	12	36	61
Límite	0	8	11	5	24
Histriónico	0	1	2	1	4
Narcicista	0	4	1	5	10
Dependencia	0	0	0	1	1
Obsesivo Compulsivo	1	0	3	3	7
Evitación	0	0	0	0	0
TOTAL	5	42	46	69	162



IMPUTABILIDAD
Trastornos Psicóticos
(revisión de 52 sentencias)

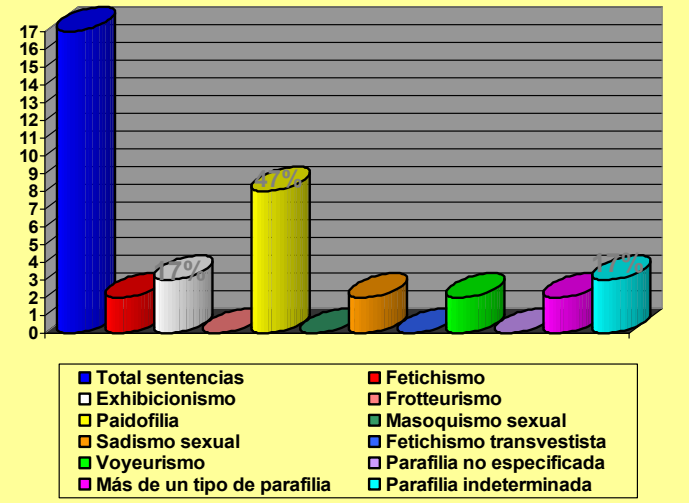


Trastornos psicóticos. Esquizofrenia

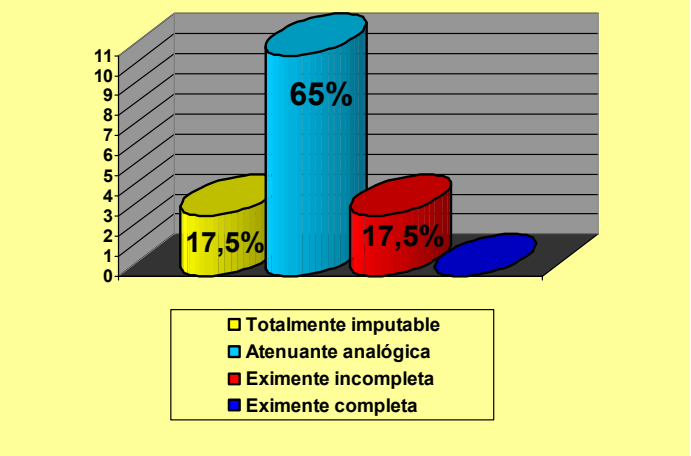


.Grado de Imputabilidad Trastorno	Eximente Incompleta	Eximente Completa	Atenuante Analógica	**Imputable**
Esquizofrenia Indiferenciada	5	1	1	1
Psicosis Tóxica	3	0	3	1
TR. Psicótico delirante	0	4	0	0
Esquizofrenia Paranoide	5	11	1	1
Ps. Esquizoaf. Tipo Bipolar	2	2	1	1
Psicosis Inespecífica	0	0	3	2
Esquizofrenia Residual	0	0	o	1
TR. Psicótico Breve	1	0	o	0
Esquizofrenia Desorganizada	1	0	0	1
N: 52	17	18	9	8

FRECUENCIA DE DIAGNÓSTICOS EN SENTENCIAS DE LOS DISTINTOS TIPOS DE PARAFILIAS



GRADOS DE IMPUTABILIDAD EN LAS SENTENCIAS CON DIAGNÓSTICO DE PARAFILIA



Artículo 83. Medidas de seguridad

- internación en establecimiento psiquiátrico.
- internamiento en institución de trabajo o granja penal.
- internación en establecimiento reeducativo o de tratamiento especial.
- libertad vigilada.
- prohibición de residir en lugar determinado.
- prohibición de concurrir a determinados lugares.
- caución de buena conducta.
- expulsión de extranjeros.

PRINCIPIOS

- LEGALIDAD
- JURISDICCIONALIDAD
- HUMANIDAD
- PROPORCIONALIDAD
- OBLIGATORIEDAD
- PELIGROSIDAD VS FINALIDAD TERPAEUTICA

Metas comunes y objetivos terapéuticos

- Solución de los problemas psicológicos (autoestima, relaciones interpersonales, valores y actitudes pro-sociales, control de la impulsividad, resolución de conflicto, integración social).
- Solución de las carencias educativas
- Aprendizajes de conductas normalizadas
- Aprendizaje en habilidades sociales alternativas a conductas delictivas
- Aprendizaje de competencias psicosociales
- Protección de los intereses de la comunidad
- Solución de los problemas relacionados con riesgo de violencia
- Prevención de recaída
- Desarrollo de la capacidad de relación interpersonal
- Desarrollo de actitudes de respeto y valores prosociales
- Control de la impulsividad

Intervención en el comportamiento agresivo

- **Métodos para la intervención en comportamientos agresivos.**
  - - La modificación de conducta.
  - - La terapia psicoanalítica.
  - - El tratamiento psicofarmacológico.
  - - El counseling (consejo psicológico).
  - - Dinámica de grupos.
- **Técnicas de modificación del comportamiento agresivo.**
  - 1. Técnicas de control de la activación: relajación y respiración
  - 2. Técnicas operantes: Extinción; Reforzamiento diferencial de tasas bajas (RDTB): Reforzamiento diferencial de otras conductas (RDO): Reforzamiento diferencial de conductas incompatibles (RDI); Coste de respuesta; Tiempo fuera de reforzamiento ; Saciación: Sobrecorrección Castigo negativo
  - 3. Modelado
  - 4. Sistemas de organización de contingencias: Economía de fichas y contratos conductuales
  - 5. Técnicas de autocontrol
  - 6. Solución de problemas
  - 7. Reestructuración cognitiva
- **Programa de intervención en agresión de Goldstein**
  - **Entrenamiento para el control de la ira**
  - **Entrenamiento en relajación**
  - **Entrenamiento en comunicación.**
  - **Entrenamiento en el manejo de contingencias.**
  - **Entrenamiento en habilidades prosociales**
  - **Entrenamiento en valores prosociales**

objetivos generales de los tratamientos con agresores sexuales

- Tomar responsabilidad por conductas nocivas y peligrosas
- Identificar e intervenir en los ciclos de asalto sexual
- Reducir las distorsiones cognitivas
- Incrementar la empatía
- Desarrollar un plan de prevención eficaz
- Aumentar el conocimiento sexual
- Aumentar auto-estima y habilidades sociales
- Tratar la posible victimización
- Desarrollar relaciones sexuales sanas
- Tratar dinámica familiar
- Tratar dependencia química, drogas, alcohol
- Tratamiento aversivo
- Quimioterapia (Antiandrógenos, antidepresivos o estabilizadores del afecto)

TRATAMIENTO DE LA IMPULSIVIDAD (IRA)

- PSICOFARMACOLÓGICO
  - ANTIEPILÉPTICOS. CARBAMACEPINA, GABAPENTINA,… (AUMENTAR GABA)
  - ISRS: FLOEXETINA, FLUVOXAMINA, … (AUMENTAR THT)
  - ANSIOLÍTICOS
  - NEUROLÉPTICOS (DISMINUIR DOPAMINA)
- PSICOTERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL
  - REFUERZO POSITIVO Y NEGATIVO
  - CASTIGO
  - EXTINCIÓN
  - RELAJACIÓN
  - EXPOSICIÓN
  - DESENSIBILIZACIÓN SISTEMATICA
  - MODELADO
  - ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SCIALES
  - ENTRENAMIENTO EN ASERTIVIDAD
  - PREVENCIÓN DE RECAIDAS
  - RE-ESTRUCTURACIÓN COGNITIVA
  - DETENCIÓN DEL PENSAMIENTO
  - SOLUCIÓN DE PROBLEMAS
- TRATAMIENTO DE TRASTORNOS ASOCIADOS:
  - CONSUMO DE SUSTANCIAS
  - TRASTORNO BIPOLAR
  - TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD
  - TRASTORNOS DE CONTROL DE LOS IMPULSOS

Intervención en violencia de genero

1. **Trastornos mentales**:

   a) Consumo de alcohol y de drogas. La agresión bajo la influencia directa del alcohol es muy variable y oscila entre el 60% y el 85% de los casos.

   b) Celos patológicos**,** en dos formas principales:

   1- *Celos pasionales*.

   2- *Celos delirantes*.

   c) Trastornos de personalidad, especialmente el límite, paranoide, antisocial

2. **Alteraciones psicológicas**

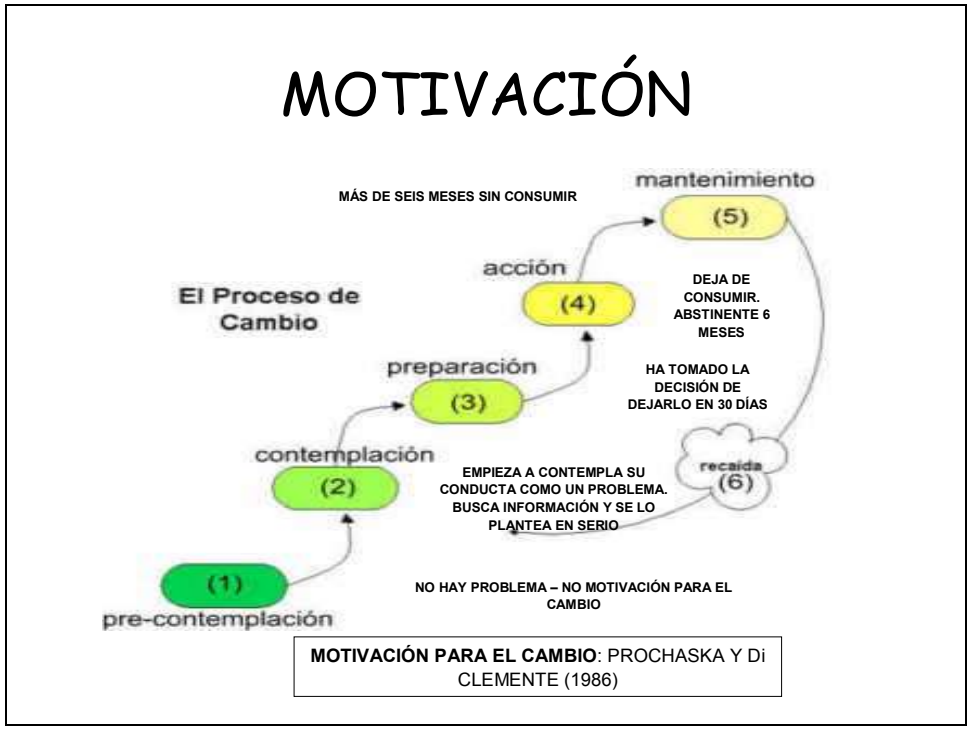
   a) Falta de control sobre la ira. Los maltratadores se caracterizan por la impulsividad, la pérdida de control sobre la ira y, frecuentemente, por una tendencia agresiva generalizada. Se puede hablar de una ira desbordada cuando se dirige de forma desmedida a otros seres humanos, cuando produce consecuencias muy negativas para el bienestar de los demás y de uno mismo e incluso cuando aparece ante estímulos irrelevantes.

   b) Dificultades en la expresión de emociones. Las dificultades de expresión emocional están en el origen de muchos conflictos violentos en el hogar. Muchos hombres han aprendido a no expresar sus sentimientos porque éstos *"son fuente de debilidad"* y *"el hombre debe ser fuerte"* y a no interpretar adecuadamente los sentimientos de su pareja

   c) Distorsiones cognitivas sobre la mujer y la relación de pareja. Los hombres maltratadores suelen estar afectados por numerosos sesgos cognitivos, relacionados, por una parte, con creencias equivocadas sobre los roles sexuales y la inferioridad de la mujer y, por otra, con ideas distorsionadas sobre la legitimación de la violencia como forma de resolver los conflictos.

   d) Déficits de habilidades de comunicación y de solución de problemas. Desde la perspectiva de las relaciones interpersonales, los maltratadores tienden a presentar unas habilidades de comunicación muy pobres y una baja tolerancia a la frustración, así como estrategias inadecuadas para solucionar los problemas.

   e) Baja autoestima



NINGUNA PATOLOGÍA MENTAL JUSTIFICA HOY DÍA EL INTERNAMIENTO PSIQUIÁTRICO INDEFINIDO

BLOQUE 4. Valoración De la Peligrosidad Criminal (riesgo de reincidencia).

- **OBJETIVOS:** Conocer los principales estudios sobre la valoración del riesgo de violencia. Conocer el método para valorar la peligrosidad criminal.

- **RESUMEN:**

1. ¿SON PELIGROSAS LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL?

2. VALORACIÓN DEL RIESGO

La doctrina criminológica es unánime en reconocer que el pronóstico de la peligrosidad, es con cierta frecuencia sumamente arbitrario puesto que no se estructura en datos objetivos de orden científico, y menos aún en análisis

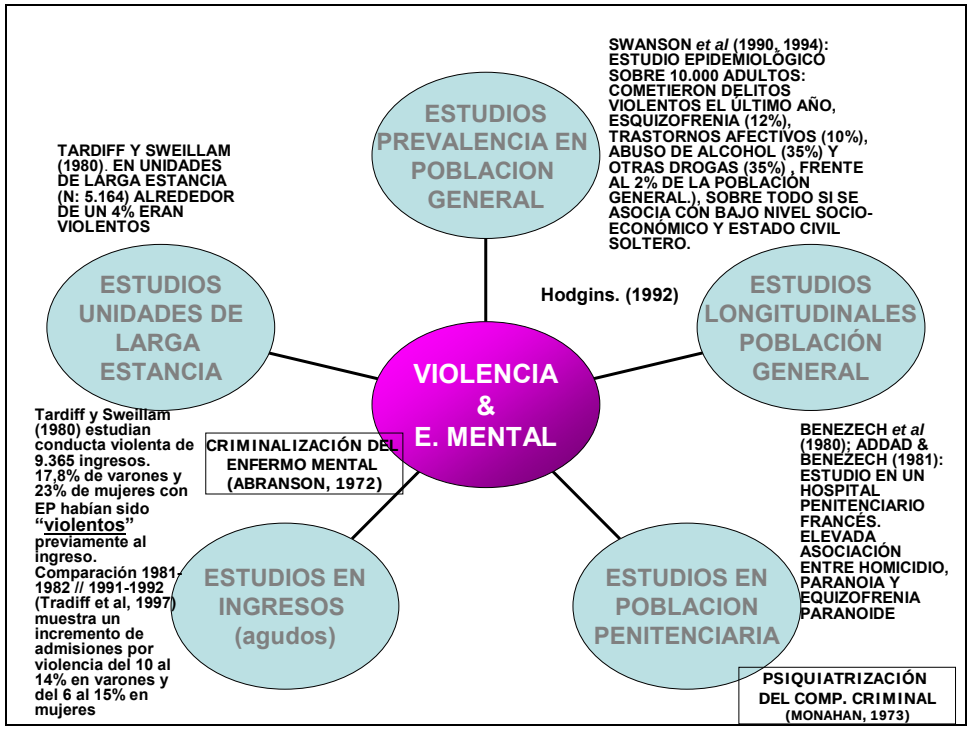
probabilístico. Después de la derogación de la Ley de Peligrosidad y Rehabilitación social (Código penal, 1995), y en virtud de los principios garantistas de intervención mínima y proporcionalidad consagrados en la Constitución española ya no existen en España medidas de seguridad pre-delictivas, cuya aplicación era extremadamente conflictiva. No obstante, sigue siendo uno de los objetivos prioritarios de la psicología y psiquiatría forenses la determinación del riesgo, especialmente a la hora de adoptar medidas de seguridad y en asuntos diversos de psicología penitenciaria.

Se revisan cinco generaciones en el análisis científico de la peligrosidad, desde el más clásico clínico-intuitivo, los métodos clínicos estandarizados y actuariales hasta los más prometedores árboles de decisión.

Aunque actualmente existen diversos métodos para la predicción de la peligrosidad, estos pueden englobarse en dos grandes categorías: clínicos y estadísticos. Los instrumentos clínicos de que se dispone hoy día, relativamente subjetivos, incluyen entrevistas, observación del comportamiento y el uso de inventarios o escalas. Los estadísticos (actuariales) son explícitos, objetivos, y no requieren ningún juicio de valor por parte del evaluador. No obstante, los estudios más recientes destacan la importancia de factores dinámicos, que generalmente quedan excluidos de las medidas puramente actuariales

En general, la experiencia clínica, (titulación académica apropiada, entrenamiento clínico y legal, conocimiento de la literatura científica), combinado con alguna forma de predicción estadística, permite actualmente una mayor exactitud predictiva del riesgo, tanto en delincuencia violenta como sexual.

- **PRINCIPALES PRESENTACIONES:**



THE MacARTHUR VIOLENCE RISK ASSESSMENT STUDY (1996)

- MUESTRA AMPLIA (>1000) DE AMBOS SEXOS. GRUPO CONTROL (500). SEGUIMIENTO A LAS 10 Y 20 SEMANAS
- GAMA AMPLIA DE VARIABLES PREDICTORAS: FACTORES DEMOGRÁFICOS, HISTÓRICOS, CLÍNICOS, etc.
- DEFINICIÓN CONCRETA DE LA VARIABLE CRITERIO (VIOLENCIA)
- PREDICTOR MÁS SIGNIFICATIVO "PSICOPATÍA"
- SEGUNDO PREDICTOR : HISTORIA DE MALTRATO INFANTIL
- PSICOPATÍA + MALTRATO EXPLICA EL 41% DE LOS CASOS
- OTROS FACTORES: NUMERO DE DETENCIONES // ACTOS VIOLENTOS RECIENTES
- ENFERMEDAD MENTAL:

	PEM	CONTROL
TASA de VIOLENCIA	17%	5%
SIN ABS	4,7%	3,3%
CON ABS	22%	11,1%
ABS	32%	18%

EVALUACIÓN DEL RIESGO

Hasta 1970	PRIMERA GENERACIÓN	Decisiones basadas en Juicios clínicos "no estructurados (limitado a impresiones clínicas basadas en la entrevista)
Década de los 70 y 80	SEGUNDA GENERACIÓN	Investigación 'Empírica" Decisiones basadas en Juicios clínicos "estructurados" (estudio científico de factores de riesgo de violencia. Uso de inventarios y escalas)
Década de los 90	TERCERA GENERACIÓN	Métodos exclusivamente actuariales (utilización de técnicas estadísticas para la obtención de factores de riesgo de violencia)
Año 2000	CUARTA GENERACIÓN	Surge el debate sobre "prevención" vs "manejo" del riesgo Método "mixto" (combinación de métodos actuariales y juicio clínico estructurados).
Presente y futuro	QUINTA GENERACIÓN	Nueva generación de métodos para la valoración de la peligrosidad: "Árbol de decisiones"

PCL-R DE HARE

1- LOCUACIDAD Y ENCANTO SUPERFICIAL
2- GRANDIOSIDAD. EGOCENTRISMO. AUTOVALÍA
3- NECESIDAD DE ESTIMULACIÓN Y S. AL ABURRIMIENTO
4- MENTIRAS PATOLÓGICAS.
5- ENGAÑOS Y MANIPULACIÓN
6- AUSENCIA DE SENTIMIENTOS DE CULPABILIDAD (REMORDIMIENTOS).
7- AFECTIVIDAD SUPERFICIAL, FALTA DE EXPRESIÓN.
8- AUSENCIA DE EMPATÍA. INSENSIBILIDAD. CRUELDAD.
9- ESTILO DE VIDA PARASITARIO
10- DESCONTROL COMPORTAMENTAL
11-Promiscuidad sexual.****
12- PROBLEMAS DE CONDUCTA EDAD PRECOZ
13- AUSENCIA DE METAS ESTABLES Y REALISTAS
14- IMPULSIVIDAD
15- IRRESPONSABILIDAD (EJ. COMO PADRE)
16- NO ACEPTA O FRACASA EN LA RESPONSABILIDAD DE SUS ACTOS.
17- RELACIONES DE PAREJA CONFLICTIVAS Y BREVES.****
18- DELINCUENCIA JUVENIL
19- QUEBRANTA LIBERTAD CONDICIONAL
20- VERSATILIDAD CRIMINAL

FACTOR 1 (AFECTIVO)
FACTOR 2 (CONDUCTUAL)

HCR-20 VIOLENCE RISK ASSESSMENT
(Webster et al, 1997)

ESCALA HISTÓRICA	
H1	VIOLENCIA PREVIA
H2	JÓVEN PRIMER ACTO VIOLENTO
H3	INESTABILIDAD R. INTERPERSONALES
H4	PROBLEMAS LABORALES
H5	ABUSO DE SUSTANCIAS
H6	ENFERMEDAD MENTAL GRAVE
H7	PSICOPATÍA
H8	DESADAPTACIÓN TEMPRANA
H9	TRASTORNO DE PERSONALIDAD
H10	FALLO EN SUPERVISIÓN ANTERIOR
ESCALA CLÍNICA	
C1	AUSENCIA DE "INSIGHT"- INTROSPECCION
C2	ACTITUDES NEGATIVAS (ANTISOCIAL / PROSOCIAL)
C3	SÍNTOMAS ACTIVOS DE E. MENTAL GRAVE
C4	IMPULSIVIDAD
C5	NO RESPONDE O RECHAZA EL TRATAMIENTO
ESCALA RIESGO	
R1	PLANES NO REALISTAS. PROBABILIDAD FRACASO
R2	PROBABILIDAD EXPOSICIÓN DESESTABILIZADORES
R3	PROBABILIDAD AUSENCIA DE APOYO SOCIAL
R4	PROBABILIDAD INCUMPLIMIENTO TERAPEUTICO
R5	PROBABILIDAD DE ESTRÉS /HABILIDADES COPING

BLOQUE 5. Psicología del testimonio. Valoración de la credibilidad del testimonio en víctimas. Simulación y disimulación de trastornos mentales.

- **OBJETIVOS:** Conocer los principales estudios sobre el testimonio. Valoración de la credibilidad del testimonio basado en criterios de calidad.

- **RESUMEN:**

1. LA MEMORIA Y SUS ALTERACIONES.

La *memoria semántica* se refiere a nuestro archivo general de conocimiento conceptual y fáctico, no relacionado con ninguna memoria en particular. Es un sistema eminentemente declarativo y explícito, pero claramente distinto del de la memoria episódica, porque de hecho se puede perder memoria de acontecimientos y mantener la memoria de conceptos. La memoria semántica muestra nuestro conocimiento del mundo, los nombres de las personas y de las cosas y su significado. Viene a estar localizada más especialmente en los

lóbulos temporales inferolaterales. Pero en un amplio sentido, la memoria semántica puede residir en las múltiples y diversas áreas de la corteza relacionadas con los diversos tipos de conocimiento. De nuevo los lóbulos frontales intervienen en su activación para recuperar la información.

La *memoria instrumental o de procedimiento* tiene que ver con la capacidad para aprender las habilidades expresadas en forma de conducta, cognitivas y normativas, que se utilizan para realizar actividades de manera automática e incluso inconsciente. Por tanto, no es declarativa si bien durante su adquisición puede serlo. Esta memoria permanece incluso cuando se han destruido otras formas de memoria explícita. Los núcleos cerebrales responsables de esta memoria son las áreas motoras, incluida el área motora suplementaria, los ganglios de la base que tienen que ver con la motivación y realización de ejecución motora, y el cerebelo. Cuando se pierde, la persona empieza por olvidar habilidades elementales de aseo persona, escribir, tocar un instrumento, conducir un coche, prepararse un plato.

La *memoria episódica* es un sistema de memoria explícita y declarativa que se utiliza para recordar experiencias personales enmarcadas en nuestro propio contexto, como es un breve relato o lo que teníamos ayer para comer. Este sistema de memoria depende muy intensamente de los lóbulos temporales mediales (que incluyen al hipocampo y la corteza entorrinal y perirrinal). Pero también intervienen otras estructuras como son el telencéfalo basal, la corteza retrosplenial, el presubículo, el tracto mamilotalámico, el fórnix, los cuerpos mamilares y el núcleo anterior del tálamo. También participan los lóbulos frontales, no tanto como elementos para retener la información sino como elementos que participan en el registro, adquisición, codificación, recuperación de la información, evaluación de la secuencia temporal y del tiempo transcurrido desde un determinado acontecimiento. Los lóbulos temporal medial y frontal izquierdos son más activos en el aprendizaje de palabras (lo verbal), mientras que el temporal medial y frontal derechos lo son en el aprendizaje de escenas visuales (lo visual).

Una de las razones por las que los lóbulos frontales son importantes para la codificación es la de que permiten a una persona centrarse sobre la información que ha de ser recordada e implicar y poner en acción a los lóbulos temporales mediales. La disfunción de estos lóbulos ocasiona distorsiones de la memoria episódica y falsas memorias o relaciones con un contexto equivocado. La disfunción de los lóbulos temporales mediales dificulta recordar la información más recientemente almacenada. El lóbulo frontal opera más como fichero general, y el temporal más como carpeta concreta archivada.

Las alteraciones de la memoria episódica son esenciales para la valoración del testimonio. Estas alteraciones `pueden ser las siguientes:

1. **Olvido.** Tipos de olvido:
   - Olvido por deterioro: en el anciano

- Olvido por desuso
- Olvido por interferencia:
  - Proactiva: interferencia de la nueva información que se adquiere
  - Retroactiva: interferencia con lo que ya se ha adquirido

2. **Trastornos de la memoria**:

- Hipermnesia:
  - De componente obsesivo: se produce cuando se nos viene, por ejemplo, una melodía a la cabeza una y otra vez, y no se nos va.
  - Ecmnesia: un recuerdo tan vívido que parece real (en personas histéricas)
  - Tóxica: cuando se toma LSD se tienen flashbacks indeseables.
  - Flashback por estrés postraumático: tras guerras, asaltos, violaciones.
  - Memoria hipemnésica selectiva: en individuos con retraso mental, que pueden tener a pesar de todo una gran capacidad para recordar tipos muy concretos de datos.

- Hipomnesia:
  - Por ansiedad (benigna)
  - Por deterioro, en ancianos (generalmente benigna)
  - Funcional, no orgánica o psicógena:
    - Amnesia catatímica: tiene que ver con la carga emocional del recuerdo, es una amnesia selectiva emocional.
    - Fallos de memoria por ansiedad extrema o por depresión (hipercortisolemia)
    - Amnesia disociativa: doble personalidad, e incapacidad para recordar cada personalidad lo que ha hecho, dicho o vivido

la otra. Cuando un paciente dice que "no se acuerda" hay que descartar la simulación antes de creer lo que dice.

- Orgánica:
  - Cortical: por daño en alguna zona de la corteza que implique una función determinada, por ejemplo, una agnosia visual o una apraxia motora.
  - Subcortical: es difusa o no afecta a una zona concreta, sino a los procesos generales de memoria.

3. **Distorsiones del recuerdo**. Los recuerdos pueden distorsionarse, involuntariamente por varios mecanismos.

- ADECUACION AL ESQUEMA. Aunque el testimonio del testigo presencial está a menudo correcto, los psicólogos convienen que los testigos no son siempre exactos en sus recuerdos de acontecimientos. La gente recuerda a menudo acontecimientos de una manera que encaje en sus expectativas o esquema para una situación.
- MODIFICACION DE LA MEMORIA. La evidencia demuestra que las memorias pueden ser modificadas después de que haya ocurrido un acontecimiento. Después de experimentar o de ver un crimen, exponen a un testigo presencial a información posterior relacionada con el crimen (interrogatorios, lectura de información relacionada con el caso). Tal información, semanas o meses después del crimen, pueden hacer a testigos reconstruir su memoria del crimen y cambiar lo que dicen como testigos.

Otras razones de distorsión son las siguientes:

- Distorsión del recuerdo "benigna": en la pseudología fantástica (personas que cuentan historias fantásticas o increíbles). En ocasiones no es tan "benigna", como en el síndrome de Munchausen, en el que el paciente finge enfermedades y se somete a tratamientos dolorosos incluso, porque llega a creerse sus invenciones.
- Confabulación: el paciente cuenta cosas que más bien son para rellenar las lagunas en la memoria. Sucede en el síndrome de Korsakoff.

- Distorsión retrospectiva: cada uno recuerda lo que ha sido su vida con un prisma o punto de vista distinto según el estado de ánimo del momento.

- Distorsión en los delirios: una persona que "ha sido perseguida por la CIA" (delirio) durante un año (momento de aparición del síndrome), pero dice que hace ya 30 años que "le persiguen".

- Trastornos del reconocimiento: atribuir actualidad o realidad a algo que no es, por ejemplo un déjà vu. De forma intensificada se da también en las epilepsias del lóbulo temporal.

4. Falsas memorias. Los psicólogos han demostrado que las memorias pueden ser modificadas y que la gente puede recordar las cosas que nunca ocurrieron.

Las memorias de un acontecimiento se almacenan al parecer en varias diversas partes del cerebro. Por ejemplo, las memorias del sonido se almacenan en la corteza auditiva, y las de aspecto en la corteza visual. Los pedazos dispersos de la memoria siguen ligados a través del sistema limbico. El sistema limbico tira de los aspectos dispares de una memoria desde los sitios de almacenaje, integrándolos en un conjunto. Las memorias alteradas pueden ocurrir cuando los pedazos de memoria se montan incorrectamente, o el cerebro atribuye incorrectamente un origen común a los fragmentos de la memoria.

El equipo de David Beversdorf de la Universidad del Estado de Ohio asegura que las memorias falsas son fáciles de fabricar. Los investigadores realizaron un experimento donde mostraban unas figuras a 23 jóvenes, mental y físicamente sanos. Después, los investigadores les enseñaron otras para nada parecidas junto a un señuelo que se parecía un poco a las mostradas originalmente pero que, mirado bien, eran algo distinto. 60% de los voluntarios pensó que ya habían visto el señuelo. "Sólo hay que confundir y combinar aspectos verdaderos, o parecidos a los verdaderos, con otras características completamente falsas y las personas terminarán creyendo que todo fue verdad".

Estas conclusiones pueden resolver el drama iniciado en la década de los ochenta sobre las memorias falsas inducidas por psicólogos a pacientes que luego acusaban ante la justicia a sus familiares de abuso sexual y otros crímenes.

Elizabeth Loftus ha conducido muchos experimentos que demuestran cómo los testigos presenciales pueden reconstruir sus memorias basadas en la información engañosa.

2- SIMULACIÓN DE TRASTORNOS MENTALES. SIGNOS DE SOSPECHA

1) INCENTIVO EXTERNO.

2) EL CUADRO NO ENCAJA EN PSICOPATOLOGÍA HABITUAL.

3) SINTOMATOLOGÍA ESTRAFALARIA.

4) SOBRE-ACTUACIÓN CLÍNICA.

5) CUADRO EXPERIMENTADO O CONOCIDO POR EL PACIENTE: META- SIMULACIÓN.

6) PERSONALIDAD ANTISOCIAL.

7) TESTS Y ESCALAS:

- EXAGERACIÓN UNIFORME.

- ESCALAS DE VALIDEZ SUGIEREN SIMULACIÓN-EXAGERACIÓN.

- PRESENTACIÓN SOSPECHOSA.

- RESPUESTAS APROXIMADAS.

- ESCALAS ESPECÍFICAS..

8) TESTIMONIO O CUADRO CLÍNICO INESTABLE, INCONSISTENTE O MUY ESTRUCTURADO.

9) DUDAS O CONTRADICCIONES.

10) DATOS NARRADOS, NO VIVENCIADOS.

11) PLASTIA (CORRELATOS EMOCIONALES) O CURSO NO HABITUAL.

12) ALUCINACIONES AUDITIVAS: ÓRDENES <<COMETE UN DELITO....>>

13) EXHIBICIONISMO DE CUADRO CLÍNICO.

14) EL PACIENTE NO BUSCA SOLUCIONES.

15) AGOTAMIENTO.

16) REFERENCIAS DE OTRAS PERSONAS. OBSERVACIÓN.

17) AUSENCIA DE SINTOMATOLOGÍA ACTUAL: CUADRO ACTIVO O DETERIORO.

18) PRESENTACIÓN, LENGUAJE Y AFECTIVIDAD.

19) AUSENCIA DE SINTOMATOLOGÍA SUTIL.

20) AUSENCIA DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO CONVENCIONAL.

3. CREDIBILIDAD DEL TESTIMONIO.

El elemento central del método SVA para la valoración de la credibilidad del testimonio es el CBCA.

Se compone de 19 criterios de contenido, agrupados en cinco categorías:

Características generales:

1. Estructura lógica.
2. Elaboración inestructurada.
3. Cantidad de detalles.

Contenidos específicos

4. Incardinación en contexto.
5. Descripción de interacciones.
6. Reproducción de conversaciones.
7. Complicaciones inesperadas durante el incidente.

Peculiaridades del contenido:

8. Detalles inusuales.
9. Detalles superfluos.
10. Incomprensión de detalles relatados con precisión.
11. Asociaciones externas relacionadas.
12. Alusiones al estado mental subjetivo.
13. Atribuciones al estado mental del agresor.

Contenidos relacionados con la motivación

14. Correcciones espontáneas.
15. Admisión de falta de memoria,
16. Plantear dudas sobre el propio testimonio.
17. Autodesaprobación.
18. Perdón al autor del delito.

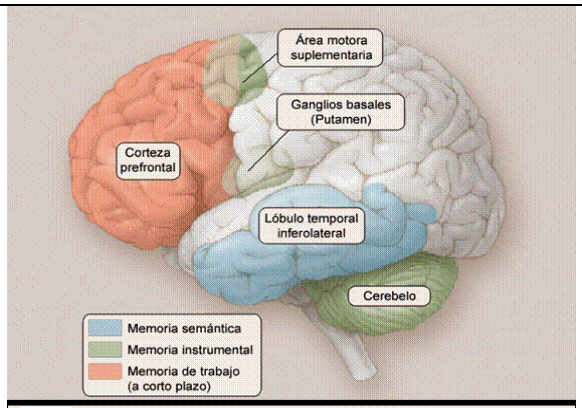
Elementos específicos de la ofensa:

19. Detalles característicos de la agresión.

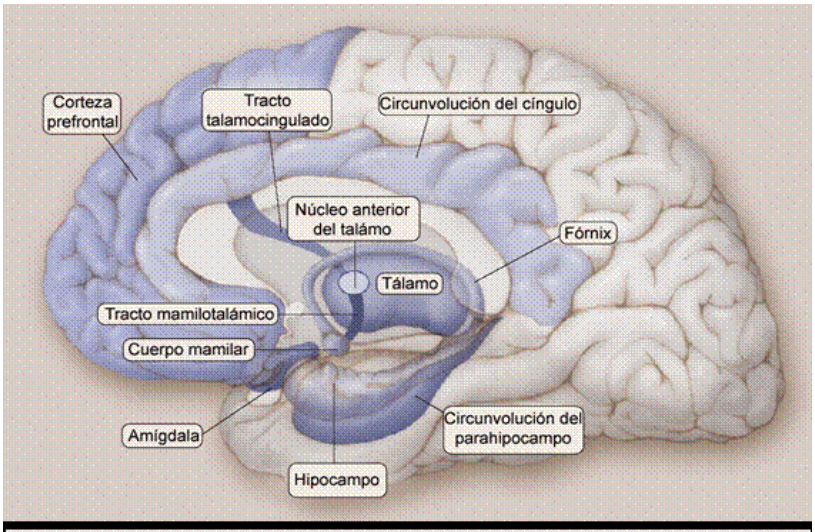
Los 19 criterios anteriormente enunciados, se denominan criterios de

contenido (en tanto permiten examinar el contenido de la declaración), o criterios de realidad (por cuanto su presencia indica que la declaración se ajusta a la realidad). La aplicación de los 19 criterios, que requiere la transcripción literal de la grabación del testimonio del niño, permitirá apreciar si la descripción o el relato analizado se ajusta a un esquema esterotipado (narración altamente estructurada, lineal y desprovista de detalles) o por el contrario se aleja del "script", al presentar elementos idiosincrásicos y riqueza en detalles.

- **PRINCIPALES PRESENTACIONES:**



. Memorias semántica, instrumental y operacional (a corto plazo).
Los lóbulos temporales inferolaterales son importantes para enumerar nombres y para las tareas de categorización mediante las cuales la memoria semántica suele ser evaluada. Pero en un amplio sentido, la memoria semántica puede residir en las múltiples y diversas áreas de la corteza relacionadas con los diversos tipos de conocimiento. Los ganglios basales, el cerebelo y el área motora suplementaria son estructuras críticas para la memoria instrumental. La corteza prefrontal actúa en cualquier tipo de tarea de memoria a corto plazo, si bien intervendrán también otras regiones cerebrales tanto corticales como subcorticales, dependiendo del tipo y complejidad de la tarea que esté en juego. (Según Budson y Price. N Eng J Med 2005;352:692-9).



. Memoria episódica
Los lóbulos temporales mediales, incluidos el hipocampo y parahipocampo, forman el núcleo principal del sistema de memoria episódica. Se necesitan también otras regiones cerebrales para que la memoria episódica funcione correctamente. (Según Budson y Price. N Eng J Med 2005;352:692-9).

CRITEROS DE CREDIBILIDAD (CBCA)

(STELLER, 1989)

- **I- <u>CARACTERÍSTICAS GENERALES</u>**: 1-ESTRUCTURA LÓGICA. 2-ELABORACIÓN INESTRUCTURADA.. 3-CANTIDAD DE DETALLES
- **II- <u>CONTENIDOS ESPECÍFICOS</u>:** 4-ENGRANAJE CONTEXTUAL. 5-DESCRIPCIÓN DE LAS INTERACCIONES. 6-REPRODUCCIÓN DE LAS CONVERSACIÓNES. 7-COMPLICACIONES INESPERADAS
- **III- <u>PECULIARIDADES DEL CONTENIDO</u>**. 8-DETALLES INUSUALES. 9-DETALLES SUPERFLUOS. 10-INCOMPRENSIÓN DE DETALLES RELATADOS CON PRECISIÓN.11-ASOCIACIONES EXT. RELACIONADAS. 12-RELATOS DE ESTADO MENTAL SUBJETIVO. 13-ATRIBUCIÓN DE ESTADO MENTAL DEL AUTOR DEL DELITO.
- **IV-<u>CONTENIDOS REFERENTES A LA MOTIVACIÓN</u>**. 14-CORRECCIONES ESPONTANEAS. 15-ADMISIÓN DE FALTA DE MEMORIA. 16-DUDAS SOBRE EL PROPIO TESTIMONIO. 17-AUTO-DESAPROBACIÓN. 18-PERDÓN AL OFENDIDO
- **V-<u>ELEMENTOS ESPECÍFICOS DE LA OFENSA</u>** 19-DETALLES CARACTERÍSTICOS DEL ABUSO

BLOQUE 6. Psicología de la víctima. Lesiones y Secuelas Psíquicas.

- **OBJETIVOS:** Conocer la psicopatología de la víctima. Concepto de lesión y secuela psíquica. Importancia de la victimización secundaria. Importancia de la vulnerabilidad de la víctima.

- **RESUMEN:**

Para la O.N.U. (1985; resolución 40/34) "se ha de entender por victimas *las personas que individual o colectivamente hayan sufrido daños, inclusive lesiones físicas o mentales, sufrimiento emocional, pérdida financiera o menoscabo substancial de sus derechos fundamentales como consecuencia de acciones u omisiones que violen la legislación penal vigente en los estados miembros, incluida la que proscribe el abuso de poder. En la expresión víctima se incluye además, en su caso, a los familiares o personas a su cargo que tengan relación inmediata con la víctima directa y a las personas que hayan sufrido daños al intervenir para asistir a la víctima en peligro o para prevenir su victimización*".

El concepto de daño psíquico es relativamente reciente. Puede definirse como "*la consecuencia traumática de un acontecimiento que es vivenciado como un ataque que desborda la tolerancia del sujeto, que se instaura en el ámbito inconsciente por su grado de intensidad y la incapacidad del sujeto de responder a él, por la desorganización de sus mecanismos defensivos, derivando en trastornos de características patológicas, que se mantienen por un tiempo indeterminado, que pueden o no ser remisibles... Si nos remitimos al concepto dinámico, podemos señalar que se caracteriza por una aflujo de excitaciones excesivo, en relación con la tolerancia del sujeto y su capacidad de controlar y elaborar psíquicamente dichas excitaciones*".

La lesión psíquica se equiparó a la lesión física en la reforma parcial del código penal de 1989. El vigente código penal (1995) se refiere (art. 147) a quien *por cualquier medio o procedimiento causare a otro una lesión que menoscabe su integridad corporal o su salud física o mental*. El concepto más reciente, acorde con el anterior, se encuentra en la Ley 35/95 de 11 de diciembre, que define la lesión grave como aquella *que menoscabe la integridad corporal o la salud física o mental y que incapaciten con carácter temporal o permanente a la persona que las hubiera sufrido... habrán de tener entidad suficiente como para que, conforme a la legislación de la Seguridad Social, tuviera lugar una declaración de invalidez permanente en cualquiera de sus grados o una situación de incapacidad temporal superior a seis meses... No se considerará incapacidad permanente, aquella que no suponga un grado de minusvalía de, al menos, el 33%*.

Actualmente -a efectos legales-, "lesión", es sinónimo de menoscabo. Este déficit debe ser entendido como afectación de la salud, disminución de

actividad y participación, siguiendo las recientes directrices de la OMS, clasificación internacional del funcionamiento, discapacidad y salud (CIF, 2001), es decir, disminución de oportunidades, de roles desempeñados, dificultades para desempeñar un puesto de trabajo, relacionarse en familia o en sociedad.

Las lesiones psíquicas más frecuentes son los cuadros mixtos ansioso-depresivos, el trastorno por estrés postraumático (TEPT), el trastorno por estrés agudo, los trastornos adaptativos mixtos, y la desestabilización de los trastornos de la personalidad de base. El daño psíquico se da en el ámbito inconsciente y conduce con frecuencia a la re-estructuración de la personalidad, mientras que el llamado "daño moral" tiene que ver más con una actitud consciente reivindicativa del sujeto e implica una percepción personal más de perjuicio, que de sufrimiento.

La "secuela", se refiere a la discapacidad o minusvalía permanente, no susceptible de mejoría en un periodo de tiempo razonable ni con tratamiento (o bien que el tratamiento implique serios riesgos). El Código penal habla de quien ocasionare a otro una "grave enfermedad somática o psíquica" (Art.149). El parte o informe de sanidad, debe señalar con absoluta claridad el tiempo de "curación" (estabilización lesional), la presencia de secuelas psíquicas definitivas (frecuentemente transformación permanente de la personalidad[3]) y si es posible la cuantificación baremada de éstas.

LESIÓN PSÍQUICA
"El que por cualquier medio o procedimiento causare a otro una lesión que menoscabe su integridad corporal o su salud física o mental. " (CP, 147)
SECUELA PSÍQUICA
"...el que provocare una grave enfermedad somática o psíquica" (CP, 149)

El establecimiento de la "relación de causalidad" entre el hecho (accidente laboral, accidente de tráfico, agresión, etc.) y la lesión (discapacidad) psíquica, resulta esencial y así lo advierte repetidamente el Reglamento que desarrolla la Ley 35/95 de ayuda a las victimas y la propia ley del Seguro 30/95 recientemente modificada por Ley 34/2003 de 4 de noviembre. La relación de causalidad puede apreciarse con claridad como directa, pero en otras ocasiones existen causas múltiples, o las causas resultan dudosas. La presencia frecuente de concausas, hace difícil establecer, más aún en psicopatología, una clara, unívoca y directa relación causal.

En el campo pericial forense definimos concausa a "*aquellos factores extraños al comportamiento del agente que se insertan en el proceso dinámico de modo que el resultado es diferente al que era de esperar dada la naturaleza de dicho comportamiento*".

La diferencia entre causa y concausa estriba en que la primera representa la necesariedad y la suficiencia en la producción de un resultado mientras que la segunda es necesaria en el caso concreto pero carece de suficiencia. Pueden representar por ejemplo, una general vulnerabilidad o más concretamente un "*locus minor resistenciae*".

Diferenciamos tres tipos de concausas: preexistentes (el conjunto de concausas preexistentes es denominado "estado anterior"), simultáneas y subsiguientes.

Las concausas preexistentes, en lo somático, son bien conocidas y fácilmente demostrables; el ejemplo típico es el del coagulópata que sufre una herida y ésta provoca la muerte por desangramiento (schock hipovolémico) o tarda en curar excesivamente, mientras que en una persona normal constituiría tan solo una lesión leve.

En el mundo de lo psíquico, también se imbrican concausas, de mayor dificultad probatoria, especialmente la personalidad vulnerable.

En estos casos, tradicionalmente se han mantenido dos posiciones: la de la *preterintencionalidad*, es decir, que el agente, produjo - a consecuencia de una concausa desconocida para él- un daño mayor al pretendido, lo que podía derivar en la aplicación de una circunstancia modificativa de responsabilidad criminal y otra, de equivalencia de las causas en la que <<*causa de la causa, es causa del mal causado*>>.

2. ESTUDIOS RECIENTES SOBRE PSICOPATOLOGÍA POSTRAUMÁTICA

La mayor parte de las investigaciones sobre el tema siguen centrándose en la sintomatología post-traumática y depresiva en víctimas, sobre todo en lo que se refiere al trastorno por estrés postraumático (TEPT).

La mayor parte de las investigaciones efectuadas sobre repercusiones psíquicas de hechos delictivos -especialmente la delincuencia sexual- coinciden en afirmar que dichos eventos en sus múltiples variedades y manifestaciones suponen un gran deterioro para la vida psíquica del individuo. Symmonds, en una sistematización ya clásica diferenció cuatro etapas de victictimización psíquica:

1- Etapa de shock. La persona queda paralizada por el crimen con sensaciones de irrealidad e incredulidad (fase de negación). En esta fase el criminal tiene que insistir en la firmeza de sus propósitos para imponerse. Esta etapa la hemos comprobado recientemente en el lamentable 11-M; los familiares de las personas fallecidas mantenían su negación de los hechos hasta que identificaban el cadáver acompañados por un médico forenses especialista en psicología.

2-Etapa de miedo. Se impone la realidad aplastante de los hechos y surgen el terror, el pánico, el miedo generadores de alteraciones graves en el comportamiento, en unos casos reacciones agresivas o violentas, en otros cuadros de agitación. El miedo es mayor cuanto más prolongado halla sido el contacto con el criminal.

3- Etapa de apatía y rabia. A veces se alternan en el tiempo. Esta etapa puede ser larga en algunos sujetos. La apatía y resignación proceden de una "depresión traumática". La rabia puede estar dirigida hacia uno mismo originando culpa y depresión o dirigida hacia fuera, en forma de irritabilidad, hostilidad o conducta agresiva. Puede acompañarse de insomnio, pesadillas, auto-acusación o elaboración del trauma mediante producción de fantasías. Puede desplazarse el conflicto hacia médicos, jueces, policía, asistentes sociales, etc., de tal forma que todos se comportan mal, "todos son culpables".

4- Etapa de resolución del conflicto. Se caracteriza por actitud hipervigilante y revisión de valores y actitudes. Esta etapa puede retrasarse según la duración e intensidad de las etapas precedentes. A veces ocurre represión en vez de resolución. En esta etapa se dan los sentimientos pleitistas, de venganza o de agradecimiento hacia el ofensor ("Síndrome de Estocolmo").
La semiología en la fase aguda, consiste esencialmente en un cuadro reactivo que con frecuencia encaja en los criterios diagnósticos del Trastorno por estrés postraumático (TEPT)[4][2]. Las víctimas se quejan de sentimientos de humillación, vergüenza, ira o impotencia, preocupación constante por el trauma, auto-culpabilidad con tendencia a revivir y percibir el suceso como responsable principal del mismo, pérdida progresiva de auto-confianza como consecuencia de los sentimientos de indefensión e impotencia experimentados, alteración del sistema de valores, especialmente su confianza en los demás y su creencia en un mundo justo.

El primer estudio que analiza sistemáticamente el patrón de respuesta en víctimas de violación (n=13) es el que publican en 1970 Sandra Sutherland y Donald Scherl, describiendo tres fases características: (a) reacción aguda; (b) ajuste y (c) integración-resolución del conflicto. Pero el estudio con mayor repercusión internacional se debe a Ann Wolbert Burgess y Lynda Lytle Holmstrom en 1974, "rape trauma síndrome". Estudian la respuesta conductual de 92 mujeres adultas atendidas hospitalariamente durante un periodo de un año. Las manifestaciones del síndrome traumático de la violación son sistematizadas en dos fases: (a) fase de desorganización, que incluye reacciones conductuales diversas, reacciones somáticas, reacciones emocionales y (b) fase de reorganización (a largo plazo), que incluye actividad motora, traumatofobia (miedos), y trastornos del sueño.

La clínica del TEPT que sufren las víctimas de agresión sexual, ofrece algunas peculiaridades, muy bien estudiadas por Sutherland & Scherl, en 1970; Symonds en 1975; Brodsky y Notman & Nadelson, 1976; Burgess & Holmstrom en1979; Ellis, et al., Kilpatrick, et al., Ellis, et al., 1981; Norris y Feldman-

Summers, en 1981; Nadelson, et al en 1982; Becker, et al en 1984; Rose en 1986; Mezey & Taylor en 1988 y Quina & Carlson en 1990 y otros:

- RE-EXPERIMENTACIÓN DEL TRAUMA: recuerdos (rememorar) intrusos de la experiencia, pesadillas o 'flashbacks', donde la víctima reacciona conductualmente a los sucesos que ella revive. Estos flashbacks, también pueden ocurrir durante la actividad sexual, momento durante el cual, la mujer puede sentir a su pareja sexual como al violador, e ir desarrollando una progresiva aversión al sexo.

- ALTERACIONES DEL SUEÑO: El problema del sueño más común, es en forma de pesadillas y /o despertares nocturnos con incapacidad para volver a conciliar el sueño. Otras investigaciones también han encontrado alteraciones en los patrones de sueño en víctimas de violación. Las mujeres que fueron atacadas cuando se encontraban en su propia cama, están particularmente afectadas -inundadas- por el insomnio que padecen.

- CULPABILIDAD: Es la más irracional de las respuestas de las víctimas de violación, pero también es una de las más frecuentes. Precisamente la culpa puede ser el principal factor en el sostén de todo el cuadro sintomático derivado del trauma y los cambios caracterológicos.

- EVITACIÓN FÓBICA: La evitación fóbica de las actividades que recuerden el trauma es uno de los fenómenos más curiosos de observar más dramáticos por crónicos y más difíciles de superar y más constantes en víctimas de violación. Las connotaciones y repercusiones de las fobias van a estar directamente relacionadas con la causa que las genera, lo que lógicamente va a tener diferentes repercusiones. Así una mujer violada a punta de cuchillo puede desarrollar ansiedad ante los objetos puntiagudos (caso descrito por Quina & Carlson y visto también por nosotros) y una mujer agredida en el centro de trabajo aversión al desempeño, como pudimos apreciar en siete empleadas de una inmobiliaria, víctimas de abuso por un cliente (todas las empleadas de la inmobiliaria abandonaron su puesto de trabajo a consecuencia directa del hecho a causa del miedo). Pero lo más grave es que la mayoría sienten una desconfianza en general hacia todo el mundo y concretamente hacía los hombres. Tienen miedo a salir del hogar, a caminar por la calle y presentan un sentido muy acusado de vulnerabilidad.

- EVOLUCIÓN A LARGO PLAZO: En una gran proporción de casos, la mejoría sucede entre los tres y los seis meses. Investigaciones longitudinales rigurosas efectuadas por Kilpatrick, et al, Veronen et al, Mezey & Taylor, Nadelson et al, Santiago, et al., etc. (3, 80) demuestran que no existen diferencias en el funcionamiento de las víctimas de violación a los tres, y a los seis, meses después del suceso ni entre seis meses y un año, ni entre los 12, 18 y 24 meses, que sugiere de forma

clara una patrón caracterizado por una mejoría inicial después de la fase aguda, seguido de una nivelación. Un año después de la violación, las víctimas continúan sufriendo los efectos de la agresión sexual principalmente miedo y problemas de ansiedad relacionados con la violación.

3. ANÁLISIS DE LA RELACIÓN DE CAUSALIDAD: VICTIMIZACIÓN PRIMARIA Y SECUNDARIA, FACTORES DE RIESGO Y VULNERABILIDAD.

Sigue despertando interés, así mismo, todo aquello que rodea a los factores de riesgo de victimización, especialmente en víctimas de agresión sexual (3, 8-17).

Es profusa la literatura reciente sobre los factores de vulnerabilidad que influyen en el desarrollo de dicha sintomatología postraumática. Las ciencias de la salud actualmente están centradas más en el factor terreno o vulnerabilidad que en el síntoma o la etiopatogenia, como señala Millon. No debe confundirse el factor de riesgo que hace más propensa a una persona a ser victimizada (por ejemplo, "estilo de vida"), con el factor de "vulnerabilidad" que condiciona la expresión, duración y pronóstico de la sintomatología postraumática. Cabe señalar al respecto que el término "vulnerabilidad" utilizado en el título VIII del código penal español hace alusión al aspecto de "vencibilidad" de la víctima más que a cuestiones de afrontamiento y pronóstico.

Diversas líneas de investigación se centran en la metodología de evaluación de las víctimas lo que lleva a intentos de validar y analizar las propiedades psicométricas de distintas escalas, como la versión francesa de 28-items del Self-Rated Dissociative experiences Scale (DES) (22) , el Distressing Events Questionnaire (DEQ) (27), Escala de Gravedad de los Síntomas (28) , el Davidson Trauma Scale (DTS) (29,30), y el Cuestionario de salud general (GHQ-28) de Goldberg & Hillier validado en España por Lobo y cols, como medida de screening para la detección de sintomatología por personal no-profesional. (31).

Un foco central de las diversas investigaciones sobre el tema, sigue siendo el problema de la victimización secundaria en un amplio sentido de la palabra. Por ejemplo, destaca el gran número de investigaciones con respecto a las actitudes sociales frente al fenómeno de la agresión sexual y cómo éstas pueden contribuir no solo a perpetuar la comisión de éste tipo de delitos, sino a dificultar la recuperación de las propias víctimas. Estudios como el de Pino y Meier (32) ponen de manifiesto que las víctimas en general se muestran reticentes a denunciar los hechos cuando éstos no encajan en lo que sería una situación estereotípica de agresión sexual; los únicos factores que parecen incrementar la probabilidad de denuncia son la existencia de lesiones físicas y el uso de algún tipo de arma por parte del agresor.

De las actitudes anteriormente mencionadas, destaca la atribución de culpa hacia la víctima por parte de la sociedad (victimización secunadaria social). Culpar a la víctima por haber sido agredida, es una forma de victimización secundaria en la que las éstas pueden sentir culpa o vergüenza por el feedback negativo que reciben sobre su conducta. Factores como la apariencia física, relevancia personal y / o profesional, credibilidad que se atribuye a la víctima así como actitudes y creencias sobre la sexualidad, igualdad de la mujer y tolerancia a la violencia forman parte de lo que se denomina "mitos sociales" sobre la victimización. En el caso de víctimas de agresión sexual, parecen existir diferencias significativas entre sexos en la aceptación de estos mitos, siendo en general los hombres los que más tienden a culpar a la víctima. Sin embargo, en líneas generales, la aceptación de la violencia contra la mujer y la no creencia en la igualdad entre sexos suelen ser buenos predictores de la aceptación de éstos mitos. En las actitudes sociales ante este fenómeno, influyen también otros factores como la creencia en un mundo justo, la identificación con la víctima percepción de vulnerabilidad y las actitudes y estilos educativos parentales.

Se ha prestado también gran atención en los últimos años a la interacción de la víctima con el sistema legal[5] y profesionales de la salud (1,3, 58,-60) enfatizando una necesidad de mejora en el trato personalizado de éste tipo de víctimas, así como modernización y desarrollo de los centros de asistencia comunitarios..

La VÍCTIMA VULNERABLE es uno de los apartados más importantes de la victimidad y en general de las diferencias individuales. Los modelos interactivos de los eventos de la vida, la vulnerabilidad de la personalidad, y los recursos sociales (Moos; Emmons; Landerman et al; Vitalino et al; Ursano, Fullerton & McCaughey, etc.) sin duda explican por qué ante hechos similares unas personas presentan un afrontamiento adaptativo y, sin embargo, otras quedan intensamente traumatizadas.

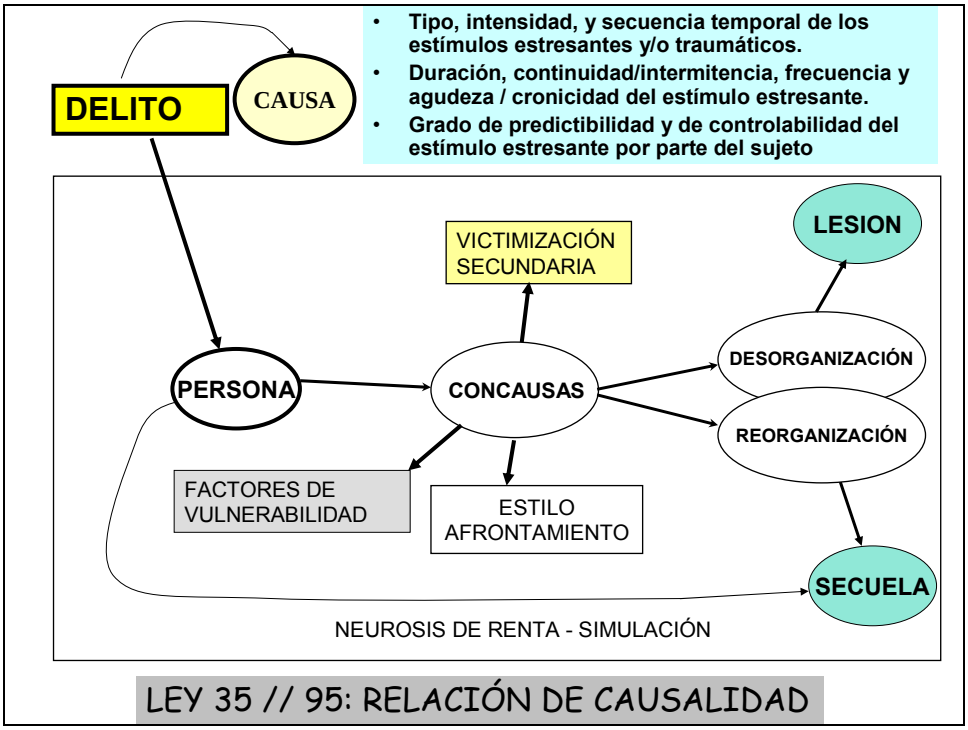
No debe confundirse, aunque muchas veces coinciden en el mismo sujeto, la especial predisposición de algunas personas para seducir al criminal (factores de riesgo) con el grado de vulnerabilidad (física, psíquica o socioeconómica) que si bien ya presente, entra en escena una vez producida la ofensa, favoreciendo la aparición de trastornos o secuelas y por lo tanto amplificando o reduciendo los efectos del hecho criminal. Es evidente que la percepción por parte del criminal de la "vencibilidad" de la víctima favorece el paso al acto, de tal forma que podemos considerar los factores de vulnerabilidad "en bloque" como elementos de riesgo. Pero se trata de conceptos distintos.

En este punto obviaremos los factores de vulnerabilidad biológica más relacionados con el daño corporal, salvo el sexo, ya que cabe señalar que algunos estudios han constatado una mayor vulnerabilidad psíquica autoinformada de la mujer frente al varón ante este tipo de vivencias.

- **PRINCIPALES PRESENTACIONES:**

VICTIMIZACIÓN PSÍQUICA EN DELITOS VIOLENTOS Y CONTRA LA LIBERTAD SEXUAL

1. - Sentimientos de humillación, vergüenza, ira o impotencia.
2. - Preocupación constante por el acontecimiento. Alteración del ritmo y contenido del sueño.
3. - Auto-culpabilidad con tendencia a revivir y percibir el suceso como responsable principal del mismo.
4. - Pérdida progresiva de auto-confianza como consecuencia de los sentimientos de indefensión e impotencia experimentados. Alteración del sistema de valores, especialmente su confianza en los demás y su creencia en un mundo justo.
5. - Falta de interés y concentración hacia todas aquellas actividades y aficiones que anteriormente satisfacían. Disminución de la auto-estima. Depresión,.
6. - Aumento de la vulnerabilidad con temor a vivir en un mundo peligroso y pérdida de control sobre su propia vida.
7. - Hostilidad, agresividad, abuso de drogas.
8. - Cambio drástico en el estilo de vida con miedo a acudir a lugares de costumbre, cambio imperioso de domicilio.
9. - Modificaciones de las relaciones sociales (dependencia; aislamiento).
10. - Disfunción sexual



SINDROME TRAUMÁTICO DE LA VIOLACIÓN

- ***RE-EXPERIMENTACIÓN DEL TRAUMA: recuerdos (rememorar) intrusos de la experiencia, pesadillas o 'flashbacks', que pueden ocurrir durante la actividad sexual.***
- ***ALTERACIONES DEL SUEÑO pesadillas y /o despertares nocturnos con incapacidad para volver a conciliar el sueño. Alteraciones en los patrones de sueño, especialmente las asaltadas en su propia cama..***
- ***CULPABILIDAD: Principal factor en el sostén de todo el cuadro sintomático derivado del trauma y los cambios caracterológicos.***
- ***EVITACIÓN FÓBICA: de las actividades que recuerden el trauma relacionadas con la causa que las genera.***
- ***EVOLUCIÓN A LARGO PLAZO: En una gran proporción de casos, la mejoría sucede entre los tres y los seis meses. Investigacio-nes longitudinales rigurosas efectuadas por Kilpatrick, et al, Veronen et al, Mezey & Taylor, Nadelson et al Santiago, et al., Etc***

BLOQUE 7. Psicología del interrogatorio y la valoración de la Prueba.

- **OBJETIVOS:** Conocer las estrategias de interrogatorio. Conocer formas especiales de interrogatorio. Conocer las estrategias de las partes para convencer al Tribunal. Conocer los principales sesgos en la valoración de la prueba. Conocer estrategias de relajación y superación de la timidez. Conocer los principales signos de sospecha de maltrato.

- **RESUMEN**: El tema aborda, entre otros, los siguientes contenidos.

1. INTERROGATORIO DEL ACUSADO. ESTRATEGIAS

Las estrategias que debe conocer el juez para un correcto interrogatorio del imputado son las siguientes:

- **MINIMIZAR RESISTENCIAS. EMPATIZAR**.

  - Rol cercano de Juez justo. Educación y respeto.

  - Acentuar la cabeza hacia delante de forma leve y de ser posible acompañarla con verbalizaciones como… aha!, entiendo!, veo!, entre otros.

- Proporcione tranquilidad de forma verbal, normalizando el problema, por ejemplo "entendemos que su situación es difícil…".

- No demuestre reacciones ni positivas ni negativas ante la confesión.

❖ **MOSTRAR SEGURIDAD**

- Mantenga contacto visual de forma más o menos permanente.

- Muestre que está bien informado, pero sin pre-juzgar.

❖ **DETECTAR MECANISMOS DE DEFENSA**: Racionalización (Justificar); Negación (negarlo todo); Proyección (echar la culpa a los demás); Negativismo (falta de colaboración que puede llegar al mutismo); Regresión (adoptar actitudes infantiles); Represión (manifestar falta de memoria sobre hechos traumáticos); o Fantasía.

❖ **DETECTAR CIERTOS RASGOS DE PERSONALIDAD**: extraversión; motivabilidad por la norma; intimidabilidad; auto-estima; inseguridad; manipulación; motivación de logro; impulsividad; locus de control.

2. INTERROGATORIO GENERAL DEL ACUSADO. FASES.

1) PARTE HISTÓRICA. Esta parte previa, implica conocer lo más posible la biografia de la persona, y su personalidad básica: creencias y actitudes desde pequeño, educación, aprendizaje, cosas que odia y le gustan, como habla y como actúa ante los demás. Antecedentes policiales, penales y patografía.

2) FASE PREPARATORIA De carácter personal. Consiste en prepararse psicológicamente para obtener la máxima información sin transgredir las garantías; planificar el estilo de acercamiento al interrogado; entrar en el interrogatorio con una mente abierta, sin ser crítico; estar atento a los mecanismos de defensa, estrategias y justificaciones. En esta fase, el interrogador intenta controlar sus emociones y desechar interferencias u otros sesgos (prejuicios) que llevan a observaciones o evaluaciones mal dirigidas, evitando así conclusiones erróneas que pueden llevar a una decisión injusta. Se entrena para modificar las creencias sobre los demás y a aceptar que aunque otras personas sean diferentes a nosotros, también son seres humanos. Esto supone unas dotes de equilibrio y objetividad, controlar los pensamientos sobre su pasado, sus vivencias personales o familiares (traumas), cultura, raza, etc, que no implican culpabilidad del procesado.

3) ESTUDIO DEL INCIDENTE. Esta fase pretende obtener información detallada sobre el incidente, las personas involucradas y las condiciones del delito. Tiene tres secciones:

a. Adquirir información de victimas y testigos. Depende de la motivación del examinador.

b. Obtener detalles específicos del incidente.

c. Conocimiento de la personalidad del interrogado, su posible móvil y sus hábitos.

Cuanto mas conoces al interrogado, y mejor los supuestos hechos, mas rápido puedes evitar los tópicos y la defensividad expresada, por ejemplo, en el pensamiento, ¿podría habedr un móvil oculto?

4) SECCION DE CONTACTO

○ **4.1) FILTER FACTORS.** A y B (Fig.1) definen los primeros 4 minutos del interrogatorio (sección de contacto, crear una primera impresión). Esta fase es crítica para obtener buenos resultados, es decir el esclarecimiento de los hechos El objetivo es obtener buen rapport, (actitud positiva, escucha activa). Las tácticas se llaman filter factors.: 1- Considerar las necesidades humanas. 2) Aplicar métodos flexibles 3) Ocultar cualquier sospecha 4) Usar la creatividad 5) Evitar la profecía autocumplida 6) Empalizar 7) No juzgar 8) Ocultar valores personales 9) Paciencia 10) Positividad 11) Contactar de forma visual positivamente 12) Actitud neutral 13) Controlar enfado personal 14) Formular preguntas abiertas y concretas en el momento apropiado 15) Evitar preguntas con doble significado 16) No hacer preguntas duras 17) No hacer preguntas reiterativas 18) No hacer preguntas capciosas 19) No hacer preguntas tipo " globo sonda ". 20) No formular preguntas sugestivas.

○ **4.2) PRIMERA IMPRESIÓN.** Durante los primeros 10- 45 segundos Vd. crea una primera impresión en el interrogado y ya no tiene una segunda oportunidad para cambiarla. Utilice un tono amigable, contacto visual cálido y tranquilo, actitud de escucha activa, firme pero educada y algo compasiva. Una introducción formal le ayudará a establecerte como alguien en el que se puede confiar. La introducción dependerá de la situación. A demasiado formal se establece menos rapport. Decirle el por que de su presencia, el objeto del juicio. No se debe anunciar que el objetivo es identificarle y castigarle.

○ **4.3) PRIMERAS PREGUNTAS**: Después de anunciar su objetivo y durante lo primeros minutos, pregunte cosas sencillas al interrogado para crear energía emocional (fecha de nacimiento, años trabajando, estado social, matrimonial etc...) En este punto del interrogatorio se puede ya notar si el entrevistado evade preguntas o no coopera. Estar atento a signos de negativismo, simulación de enfermedad mental o miedo. Usar un tono tranquilo para evitar signos de confrontación con el interrogado.

○ **4.4) EVALUACION POR PARTE DEL INTERROGADO**. Vd. debe saber que el interrogado inconscientemente le está evaluando a Vd.: Como le ve? Es Vd. un buen y justo profesional? Como suena? Esta Vd. tranquilo y seguro de si

mismo? Se hace una idea si eres neutral sobre los datos. Consciente o inconscientemente, evaluará cuanta información puede darle.

5) PROGRESIÓN DE LAS PREGUNTAS. El interrogatorio del imputado, va *de menos a más*, de preguntas mas abiertas a preguntas más cerradas, de menor a mayor intensidad, siempre bajo el principio de que el procesado puede guardar silencio o negarse a contestar. Este esquema general[4] es aplicable tanto a los funcionarios policiales como al juez, y el límite superior de intensidad vendrá marcado por las garantías procesales establecidas en los diferentes países.

3. INTERROGATORIO DE TESTIGOS. ESTRATEGIAS.

El artículo 236 se refiere a la forma en que debe rendirse el testimonio, siguiendo los siguientes principios:

- *Antes de que inicie su deposición, el testigo presentará juramento de decir la verdad y será instruida sobre sus obligaciones y las responsabilidades que asume, si viola el juramento prestado*.

- *Cada testigo será interrogado en forma separada de los demás y se dejará constancia en autos de su nombre y apellidos, estado civil, edad, profesión, nacionalidad y domicilio. También se dejará constancia en los autos, de si tiene vínculos de parentesco con alguna de las partes o interés en el asunto que se objeto el proceso.*

- *Si el testigo teme por su integridad física o que le peligro existe respecto de otra persona, podrá indicar al órgano jurisdiccional, en forma reservada, el lugar en que vive o en que se encuentra, aunque no podrá ocultar su identidad.*

- *Cuando lo anterior, se le interrogará sobre los hechos que se investigan.*

- *De las declaraciones tomadas en la etapa preparatoria e intermedia se dejará constancia detallada en acta. La que se rindan en audiencias orales o en el juicio oral y público, estarán sujetas a las reglas del debate.*

- *El testigo tendrá derecho a leer o a pedir que le sea leída el acta antes de firmarla.*

Los testigos determinan el juicio. Por mucho que los juzgadores simpaticen con el abogado y lo respeten, la credibilidad del abogado nada puede hacer para modificar un testimonio

4 Yeschke CL (1997). The art of investigative interviewing. Butterworth-Heinemann.

Las estrategias del magistrado para obtener la mayor cantidad y veracidad de información son las siguientes:

- **Establecer un buen rapport**. Crear ambiente de confianza y respeto. El testigo, particularmente en los juicios orales, se encuentra en una situación de excepción, pues es citado contra su voluntad, lo que en muchos casos le da inseguridad. Es por ello que una comunicación adecuada con el testigo es de suma importancia.

- **Motivar al testigo.** Hacerle comprender la importancia de cooperar con su testimonio.

- **Aclarar, la relación del testigo con los hechos**. Este debe ser el objetivo o punto central del testimonio y la declaración del testigo debe ser coherente.

- **Formular preguntas abiertas o cerradas, según las circunstancias y una sola pregunta a la vez**. Si plantea a la vez muchas cuestiones al testigo, en una sola pregunta, el resultado puede ser un testimonio disperso, dificultando enormemente la valoración de la prueba.

- **No interrumpa frecuentemente al testigo**. Esto lleva a perder fácilmente el hilo de lo que está informando. Solamente en los casos en los que el testigo, por su débil capacidad intelectual no pueda dar una declaración coherente, es aconsejable formular más preguntas concretas.

- **Observe al testigo** Es importante observar al testigo durante su declaración para interpretar elementos paralinguísticos que indiquen inseguridad, nerviosismo o falsedad.

- **Fíjese si declara en el orden que sucedieron los hechos o no** Otra regla para la toma de la declaración a un testigo es observar el orden histórico en su declaración, pues de otra forma, pueden quedar "vacíos", que dejan una percepción equivocada o pueden confundir.

- **Si el testigo declara hechos que no son importantes para el juicio** Si el testigo menciona hechos que a criterio de quien toma la declaración, no son importantes o no tienen relación con el tema, no conviene interrumpirlo porque esto únicamente le pondría nervioso e inseguro. La experiencia ha demostrado, que con frecuencia en los hechos accesorios, se encuentra información importante para la decisión judicial del caso.

- **Capacidad de expresarse del testigo** El resultado de la declaración depende en buena medida de la capacidad de expresarse del testigo. Muchas veces los testigos tienen una capacidad de expresión muy

limitada. En estos casos hay que dejar que el testigo se exprese en su propio lenguaje y con sus propias palabras.

- **Juicios de valor del testigo** Siempre existe el peligro, que un testigo mezcle los hechos percibidos con juicios de valor. Quien toma la declaración debe prestar mucha atención en estos casos.

4. ESTRATEGIAS DE ACERCAMIENTO NO RECOMENDABLES.

- DE INCENTIVO (Obtener premio / evitar mayor castigo): Si confiesa, tendrá menor castigo…!
- EMOCIONAL (AUMENTAR O DISMINUIR TEMOR). Apelar al miedo.
- NARCISISMO, ORGULLO Y AMOR PROPIO: ¿Cómo fue Vd. Capaz de hacerlo?
- FUTILIDAD: "Su silencio es inútil,…Nosotros Sabemos Todo"
- APELAR A LOS RUMORES. "Se dice que has sido tu…": "¿Se le ocurre algún motivo por el que le acusen de haberlo hecho?". El inocente respondería algo como "no, porque yo no he sido". El culpable se parará a pensar si ha dado algún motivo para que le consideren culpable. "Dicen que te han visto": ¿Hay algún motivo por el que alguien pueda afirmar que le vió en el transcurso del crimen?". El inocente dirá que no. El culpable dirá algo como "Haber, déjame pensar…No, no lo creo"
- SOLICITAR OPINIONES SOBRE SUPOSICIONES. "¿Que tipo de persona tiene pinta de haberlo hecho…, un pervertido enfermo? "Que dirías….": "Asumamos que el crimen sucedió, ¿qué le dirías al culpable si le tuvieses delante?".
- MOTIVACIÓN SOBRE UNA PRESUNCIÓN DE CULPABILIDAD. ¿Por qué lo hizo?
- COMPRENSIÓN MORAL ACUSATORIA. "Entiendo que Vd. pudo violar a esa mujer para demostrarle su afecto…" . "Vd. se acercó a ella porque la quería, no porque quisiera o planeara lastimarla".
- COMPRENSIÓN ESCÉNICA ACUSADORA (Atribución externa. Victima Culpable). "Tal vez por lo que la mujer iba con ropa muy ligera y provocativa Vd. no se pudo contener…".

- COMPRENSIÓN PSICOLÓGICA (ATRIBUCIÓN INTERNA - LOCUS DE CONTROL EXTERNO) ACUSATORIA. ¿Pudo Vd. hacerlo durante una pérdida de control…? ¿Puede que no se acuerde ahora de lo que hizo?

- APELAR A LA CONCIENCIA " la sociedad puede perdonar a una persona sus equivocaciones; pero no acepta las mentiras, hipocresías o cobardías", "todos cometemos errores, pero lo menos que una persona puede hacer es tratar de rectificarlos", "la verdad es lo único que deseamos y entendemos, ¿por qué no descargar su conciencia sin tener sentimientos de culpa?".

5. GENERACIÓN DE IDENTIDAD. ESTRATEGIAS DE LAS PARTES

ACUSACION	DEFENSA
Es miembro de un grupo skin	Es deportista federado
Consume todo tipo de drogas	Es toxicómano
No trabaja	Está en paro
Su familia no quiere saber nada	Carece de apoyo socio-familiar.
Tuvo problemas ya en la escuela.	Perdió a su padre con 7 años
El acusado es antisocial, impulsivo e inestable.	El acusado padece un trastorno límite de la personalidad
El acusado es violento	El acusado se puso violento, a causa de su síndrome de abstinencia y la actitud de la parte contraria.
El acusado es peligroso, y va a reincidir seguro.	El acusado necesita tratamiento, para evitar las recidivas.
Pericial: El pronóstico es malo. La personalidad anormal precede al consumo de drogas.	Pericial: Puede mejorar mucho en un programa integral de deshabituación, tratamiento psico-farmacológico y psicoterapia.
Pregunta al perito: ¿Ha valorado Vd. la concentración de droga en sangre?	Pregunta al perito: ¿Es posible que estuviera en una situación de síndrome de abstinencia en el momento de los hechos?
Valoración de la prueba pericial: La personalidad anormal no es una enfermedad mental sino simples anormalidades del carácter que no inciden en la imputabilidad. El consumo de drogas es esporádico.	Valoración de la prueba pericial: El trastorno de la personalidad es una enfermedad mental, incluida en las clasificaciones internacionales, que incide en la capacidad volitiva. El procesado es adicto a drogas.
Valoración (desautorización) del perito: El perito psicólogo no puede valorar una cuestión puramente médica como es el consumo de drogas. No se han efectuado analíticas y lo que	Valoración (desautorización) del perito: El perito psiquiatra no ha estudiado la personalidad del acusado ni ha pasado tests. La drogodependencia es una cuestión bio-psico-social.

pretende la defensa no se acredita Valoración de la Víctima: La víctima fue cruelmente amenazada de muerte "te mato…", "te mato…" y ahora tiene miedo, pánico a desempeñar su trabajo.	 Valoración de la Víctima: El farmacéutico, aún viendo el estado de grave ansiedad del acusado se negó a proporcionarle los sedantes y le insultó diciendo reiteradamente "eres un colgado".

- Efecto de presencia mediante recursos retóricos: Eres toxicómana?: Si o al perito, Es la procesada Toxicómana?: Si

- Covertir ciertos datos periféricos en datos nucleares para generar una identidad: "El procesado es deportista federado" – "El procesado es un Skin".

- Argumentos de autoridad (peritos, consultores), respecto a diagnóstico, bases de la imputabilidad, pronóstico, etc.

- Manejo de la atribución. Atribución interna ("es violento") *versus* atribución externa o comprensión escénica ("estuvo, se comportó violentamente en ese momento…").

- *Story model*. Transmitir una secuencia narrativa coherente y favorable. Ordenar a los testigos de acuerdo con dicha historia. Emplear metáforas, analogías y otros recursos retóricos que sean consistentes con dicha historia. Indicar la posibilidad de historias alternativas.

- Énfasis sobre un dato concreto: Las personan retienen un 20% de lo que escuhan. La habilidad del abogado es determinar cual es la información que será más retenida

    - Mediante el Método de la"frase trillada" o "disco rayado" <<La víactima le presionaba en sus puntos de dolor>> (varias veces).

    - Utilizar la respuesta como parte de la pregunta siguiente. Pregunta: ¿Dónde estuvo? Respuesta: en el cine…. Pregunta: ¿En el cine? Respuesta: Si… Pregunta: ¿Que película vio en el cine?

    - Énfasis mediante la dramatización. Pretende conmover. Pueden utilizarse testigos especiales (viuda, hijos del finado, por ejemplo).

    - Efecto de recencia: "Voy a hacerle una última pregunta muy importante …(pausa dramática).

    - Programación neurolingüistica (PNL). La estrategia PNL incluye un estudio sobre el modo preferente en que el preceptor procesa la información, es decir si "ve" lo que estamos diciendo, oye o siente de otra forma. El abogado debe conocer la forma de

procesamiento del juez y su modalidad sensorial predominante. Así, ofrece fotos, o esquemas a un juez-jurado que tiende a procesar visualmente para que "vea" lo que estamos diciendo; realiza un discurso estimulante, con cambios de tono y uso de metáforas cuando el procesamiento es prioritariamente auditivo; efectua un discurso cargado de emoción a los los individuos orientados kinestésicamente .

- Manejo de la credibilidad de los testigos. Preparar a los testigos de cada parte para interpretar el "perfil de creíble": contacto visual; distancias de interacción cortas; tono moderado; pocas pausas o dudas. Poner nervioso o simplemente despreciar al testigo de la parte contraria o su testimonio: "…no hay preguntas".

- Manejo de la credibilidad de los peritos. Instruirlles para que utilizen una Jerga no inteligible. Desautorización del experto (titulación, método, experiencia, erratas de su informe, edtc.). Maginificación del perito y su peritaje, en su caso. Generar en el perito dudas o contradicciones y un agotamiento a base de preguntas reiterativas, capciosas o confusas.

- Manejo probabilístico de lo sumamente improbable. ¿Es posible que tropezara y se clavará el solo el cuchillo?

- Hacer corto circuito al análisis racional mediante contenido emocional.

- Manejo de la carga de la prueba: <<Es preferible absolver a diez culpables que condenar a un inocente>> Sesgo hacia la inocencia.

Sykes y Matza (1957/1989)[5] y Scott y Lyman (1968)[6] han estudiado las excusas y justificaciones más frecuentes que presenta la defensa.

- **Excusas.** Las excusas son *relatos en los cuales uno admite que el acto en cuestión es malo, equivocado o inapropiado, pero niega la responsabilidad total*

1) ***Apelar a los accidentes***.

2) ***Apelar a la anulabilidad***.

3) ***Apelar a los impulsos biológicos***.

4) ***La víctima propiciatoria***.

5 Sykes, G. y Matza, D. (1989). *Técnicas de neutralización una teoría sobre la delincuencia*. Revista Cenipec, 12:117-125.

6 Scott, M. y Lyman, S. (1968) *Accounts*. American Sociological Review, 33:46-62.

- **<u>Justificaciones o Técnicas de Neutralización</u>**. Son las justificaciones que se dan por el comportamiento desviado. Aceptamos que somos responsables del acto, pero demostramos que esta conducta ' está justificada' por las circunstancias.

1) ***La Negación de la Responsabilidad*.**

2) ***La Negación del Perjuicio o del Agravio*.**

3) ***La Negación de la Víctima***.

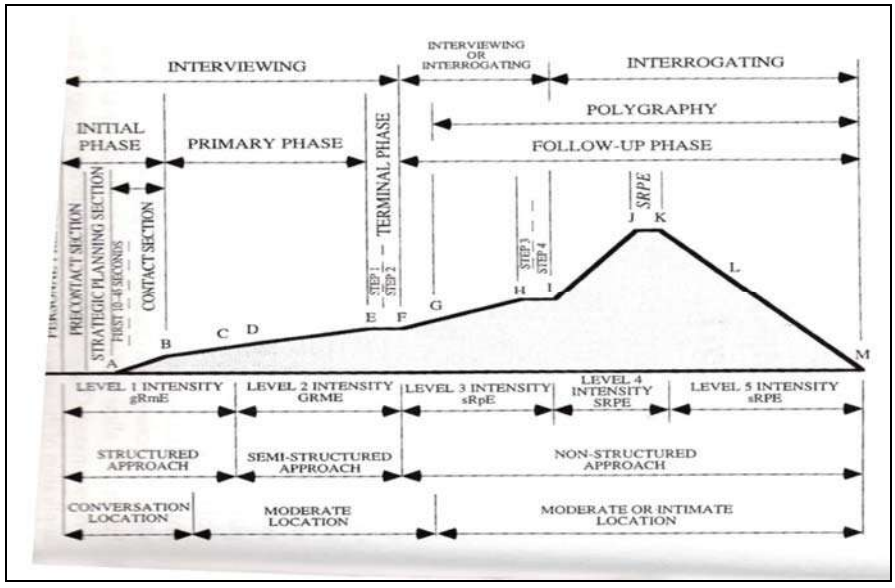
4) ***La Condena del Condenador***:

5) ***El Recurso a una Lealtad Superior***:

6) ***Las Historias Tristes***.

7) ***La auto-realización***.

- **PRINCIPALES PRESENTACIONES:**



TOMA DE DECISIONES JUEZ Y JURADOS. SESGOS COGNOSCITIVOS

- 1) Tendencia a la Generación de una identidad (estereotipo) sobre las primeras impresiones (raza, sexo, posición, vestimenta, gestos, pertenencia a ciertos grupos sociales…). Teorías implícitas sobre la personalidad y la conducta.
- 2) Sobregeneralización (economía cognitiva). Conclusión general a partir de uno o varios datos aislados.
- 3) Sesgo de representatividad o "ley de los pequeños números". Conclusiones basadas solamente en uno o dos ejemplos
- 4) Absolutismo (pensamiento dicotómico todo-nada).
- 5) Los sesgos de formalización son mecanismos reductores de la percepción de complejidad, donde se destacan como ejemplos el **anclaje** y el sesgo de simplificación que consiste en reducir la realidad a un modelo sencillo que nos permita estructurar y entender los problemas.
- 6) Efectos de primacía y recencia. Alegato final.
- 7) Sesgo de analogía que hace percibir los acontecimientos de la empresa a través del prisma del pasado, relacionando hechos presentes con acontecimientos anteriores similares
- 8)- Error fundamental de la atribución.
- 9)- Minimizar el rol de la víctima
- 10) Efectos de primacía y recencia

Violencia de genero. Sospecha

- No suelen tomar la palabra o les cuesta mucho hacerlo.
- Permanecen silenciosas si el marido está presente.
- Cuando se explican solicitan constantemente la aprobación de su pareja.
- Se presenta a sí misma como "anulada", dice que es incapaz, incompetente, se desvaloriza constantemente.
- Ha sido víctima o testigo de violencia en la familia durante su infancia.
- Se muestra muy agresiva contra quién le plantea preguntas.
- Se sobresalta al oír ruidos.
- Vigila la puerta con inquietud.
- Mira con miedo a su alrededor vigilando el entorno.
- Defiende el rol femenino desde la vertiente más tradicional y estereotipada.
- Sobrevalora el rol masculino y su importancia para la familia.
- Presenta problemas de salud recurrentes (ej., Somatizaciones, dolores de cabeza, insomnio, depresión, intentos de suicidio, consumo excesivo de medicamentos, alcohol).

SOSPECHA DE MALTRATO INFANTIL

- TODA LESIÓN FÍSICA NO EXPLICADA EN UN NIÑO MENOR DE 4 AÑOS.
- MÚLTIPLES VISITAS MÉDICAS.
- DISCORDANCIA DEL EXAMEN CON LA HISTORIA RELATADA.
- DISPUTA FAMILIAR.
- ACTITUD TEMEROSA DE LOS PADRES. JUSTIFICACIÓN.
- INTERVALO ENTRE LESIÓN-CONSULTA.
- SIGNOS DE ABANDONO Y SUCIEDAD.
- MULTIPLICIDAD : ASPECTO EQUIMÓTICO.
- DIVERSIDAD DE LESIONES.
- ANTIGÜEDAD DE LAS LESIONES DIVERSAS.
- LESIONES EN ZONAS TÍPICAS Y NO EXPUESTAS.
- LESIONES SIMÉTRICAS.
- LESIONES FIGURADAS Y DIGITADAS.
- QUEMADURAS EN ZONAS CUBIERTAS.
- DIAGNÓSTICO POR IMAGEN .
- HOSPITALISMO INVERSO.

CAPITULO VII

CASOS PRÁCTICOS, EVALUACIÓN Y ANEXOS

ANEXO 1. MAPA DE LA PSICOLOGIA FORENSE Y DERECHO PENAL

	PERITAJE	OBJETO DE LA EVALUACIÓN	CRITERIO TEMPORAL	METODOLOGÍA FUNDAMENTAL	CONCLUSIONES GENERALES
PENAL	AUTOPSIA PSICOLÓGICA	ESCLARECER MUERTES VIOLENTAS BUSQUEDA DE FACTORES DE RIESGO DE SUICIDIO	RETROSPECTIVO	ENTREVISTAS CON FAMILIARES Y AMIGOS. ANÁLISIS HISTORIOGRÁFICO. TESTS DE PERSONALIDAD A TRAVÉS DE INFORMADORES	COMO NORMA GENERAL, UNA BUENA AUTOPSIA PSICOLÓGICA PUEDE AYUDAR A EXCLARECER LA ETIOPATOGENIA MÉDICO-LEGAL DEUN FALLECIMIENTO VIOLENTO SOSPECHOSO (ACCIDENTE // SUICIDIO // HOMICIDIO)
	PERFIL CRIMINAL	DETERMINAR DATOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS Y DE PERSONALIDAD QUE AYUDEN A LA DETENCIÓN DE UN CRIMINAL	ACTUAL	ANÁLISIS DE LA ESCENA DEL CRIMEN, INFORME DE AUTOPSIA, OTROS INDICIOS.	SUELE DIFERENCIARSE ENTRE CRIMEN (CRIMINAL) ORGANIZADO Y DESORGANIZADO, OCASIONAL, O MÚLTIPLE (SERIE, MASA, SPREE KILLER). PERFILES PSICOPÁTICO Y PSICÓTICO.

	CAPACIDAD PROCESAL (PARA SER JUZGADO CSJ)	DETERMINAR LA APTITUD DEL DELINCUENTE PARA COMPRENDER LOS CARGOS, CONTESTAR A LAS CUESTIONES, LLEVAR EL SEGUIMIENTO DEL PROCESO E INSTRUIR A SUS REPRESENTANTES LEGALES	ACTUAL	VALORACIÓN DE CAPACIDADES COGNITIVAS (INTELIGENCIA / DETERIORO). DESCARTAR PSICOSIS U OTROS TRASTORNOS QUE CURSAN CON PÉRDIDA DE CONCIENCIA DE LA REALIDAD.	SOLO LA PSICOPATOLOGÍA GRAVE (DEMENCIA, PSICOSIS, RETRASOS MENTALES A PARTIR DE MODERADO) AFECTAN LA C.S.J.
	IMPUTABILIDAD	DETERMINAR SI ELDELINCUENTE, EN EL MOMENTO DE LOS HECHOS PADECIA ALTERACIÓN, ANOMALÍA PSIQUICAS, INTOXICACIÓN PLENA O ABSTIENENCIA A DROGAS, ALTERACIONES DE LA PERSONALIDAD DE INICIO PRECOZ, TRASTORNO MENTAL TRANSITORIO, MIEDO, NECESIDAD, ADICCIÓN, ARREBATO, OBCECAIÓN U OTRO ESTADO PASIONAL QUE LE INMPIDIESE COMPRENDER LA ILICITUD DEL HECHO O ACTUAR CONFORME A DICHA COMPRENSIÓN (FACULTADES COGNOSCITIVAS Y/O VOLITIVAS) SIEMPRE QUE EL ESTADO MKENTAL NO HAYA SIDO BUSCADO DE PROPÓSITO PARA DELINQUIR	RETROSPECTIVO	EVALUACIÓN DE LA PERSONALIDAD MEDIANTE ENTREVISTAS Y TESTS MENTALES. ESTUDIO DE LA PSICO-BIOGRAFÍA DEL IMPUTADO. ANÁLISIS DE LOS HECHOS. ESTABLECIMIENTO DE LA RELACIÓN DE CAUSALIDAD ENTRE LOS ESTADOS MENTALES Y LOS SUPUESTOS HECHOS. PRUEBAS RECOMENDADAS: MMPI-2 DE HATHAWAY & MCKINLEY; MCMI-2; DE MILLON; TCI DE CLONINGER; IPDE.	COMO NORMA GENERAL, AFECTAN GRAVEMENTE A LA IMPUTABILIDAD (EXIMENTE COMPLETA) EL PADECIMIENTO DE UN GRAVE TRASTORNO MENTAL (DEMENCIA, PSICOSIS, RETRASOS MENTALES A PARTIR DE MODERADO, TRASTORNOS DISOCIATIVOS, DELIRIUM, INTOXICACIONES GRAVES); MODERADAMENTE LAS PARAFILIAS, TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS, RETRASOS MENTALES LEVES, TRASTORNOS FACTICIOS) Y LIGERAMENTE LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD, LA ADICCIÓN A DROGAS Y CIERTOS ESTADOS MENTALES DE ANGUSTIA O ESTRÉS.
	SUSPENSIÓN DE LA EJECUCIÓN DE LA CONDENA	DETERMINAR LA EXISTENCIA DE ADICCIÓN A SUSTANCIAS PSICOTRÓPICAS Y MOTIVACIÓN PARA LA REHABILITACIÓN	ACTUAL Y PROSPECTIVO	EVALUACIÓN DE LA DROGODEPENDENCIA Y MOTIVACIÓN PARA EL CAMBIO	
	PELIGROSIDAD	EVALUACIÓN DEL RIESGO DE DELINCUENCIA FUTURA (ANALISIS PROBABILÍSTICO)	PROSPECTIVO	EVALUACIÓN DEL RIESGO MEDIANTE ANÁLISIS PSICO-BIOGRÁFICO, CLÍNICO Y ACTUARIAL. CRIMINODINAMIA. PRUEBAS CLÍNICAS MAS USADAS: MMPI-2; PCL-R DE HARE; PROTOCOLOS GLOBALES (VRAG; SORAG; RASSOR, ETC)	PRESENTAN UN ALTO ÍNDICE DE PELIGROSIDAD EL TRASTORNO DELIRANTE, OTRAS PSICOSIS CON TENDENCIA A LA DESCOMPENSACIÓN O SIN CONCIENCIA DE ENFERMEDAD, LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y CONSUMO DE SUSTANCIAS SOBRE TODO SIN PLAN DE VIDA O APOYO EXTERIOR.

JURIS-DICCIÓN	PERITAJE	OBJETO DE LA EVALUACIÓN	CRITERIO TEMPORAL	METODOLOGÍA FUNDAMENTAL	CONCLUSIONES GENERALES

PENAL	MEDIDAS DE SEGURIDAD	ESTABLECER EN EL INIMPUTABLE O SEMI-IMPUTABLE LAS MEDIDAS ALTERNATIVAS A LA PRISIÓN MÁS ADECUADAS	ACTUAL Y PROSPECTIVO	PROGRAMACIÓN DE ESTRATEGIAS TERAPEUTICAS. RESPUESTA A PSICO-FÁRMACOS, TEC; PSICO-TERAPIA.	COMO NORMA GENERAL INTERNAMIENTO EN CENTRO DE SALUD MENTAL EN LAS PSICOSIS; INTERNAMIENTO EN CENTRO DE DESHABITUACIÓN EN LAS ADICCIONES; EN CENTRO EDUCATIVO ESPECIAL EN LAS ALTERACIONES DE LA PERCEPCIÓN (SI EXISTE PELIGROSIDAD). SUMISIÓN A TRATAMIENTO AMBULATORIO EN OTROS TRASTORNOS MENTALES (SI NO PELIGROSIDAD).
	MENORES	DETECTAR LAS CAUSAS DE LA DELINCUENCIA JUVENIL CON ESPECIAL INCAPIE EN LOS FACTORES FAMILIARES, GRUPALES, SOCIPO-ECONÓMICOS Y PSICOPATOLÓGICOS. ESTABLECER UN PROGRAMA EDUCATIVO O TERAPEÚTICO	RETRESOPECTIVO, ACTUAL Y PROSPECTIVO	ESTUDIO DE LA PERSONALIDAD DEL MENOR, FAMILIA NUCLEAR Y EXTENSA, GRUPO Y ESCUELA, MODELOS INADECUADOS, CONSUMO DE SUSTANCIAS. PRUEBAS RECOMENDADAS : TAMAI DE HERNANDEZ; IVE-J DE EYSENCK; EPQ-J DE EYSENCK.	COMO NORMA GENERAL, LIBERTAD VIGILADA CON SEGUIMIENTO DE LA CONDUCTA DEL MENOR, PROGRAMAS EDUCATIVOS Y REPARACIÓN-RESTITUCIÓN. EN CASOS GRAVES INTERNAMIENTO EN CENTRO CERRADO O SEMI-ABIERTO. INTERVENCIÓN PSICO-TERAPEUTICA SI TRASTORNO MENTAL
	CREDIBILIDAD DEL TESTIMONIO	DETERMINAR LA CALIDAD DE CONTENIDO DE LAS DECLARACIONES DE MENORES QUE DENUNCIAN ABUSO SEXUAL (INCESTO), DIFERENCIANDO DECLARACIONES CREIBLES DE PROBABLEMENTE INCREIBLES (INDUCCIÓN, FANTASÍA, ETC)	RETROSPECTIVO	ESTUDIO DE LA CREDIBILIDAD MEDIANTE ENTREVISTAS GRABADAS Y UTILIZACIÓN DE LOS CRITERIOS DE CALIDAD DE CONTENIDO DE STELLER.	
	EVALUACIÓN DE LESIONES Y SECUELAS PSÍQUICAS	DETERMINAR LA RELACIÓN DE CAUSALIDAD ENTRE LOS HECHOS DENUNCIADOS Y LA PSICOPATOLOGÍA EMERGENTE (POSTRAUMÁTICA). DETERMINAR LAS SECUELAS PSÍQUICAS DEFINITIVAS (TRASTORNO O TRANSFORMACIÓN DE LA PERSONALIDAD). EVALUAR LA VULNERABILIDAD PREVIA	ACTUAL Y PROSPECTIVO	PRUEBAS DE SCREENING (GRAVEDAD DE SÍNTOMAS DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO DE ECHEBURÚA; ESCALA DE TRAUMA DE DAVIDSON; GHQ-28 DE GOLDBER Y HILLIER; SCL90-R DE DEROGATIS; IES DE HOROWITZ). ESTUDIO DE LA PERSONALIDAD DE BASE (MMPI-2; MCMI-2 DE MILLON; IPDE). ENTREVISTA CON INFORMADORES. EN MENORES TAMAI DE HERNANDEZ.	COMO NORMA GENERAL LAS VÍCTIMAS SUELEN REACCIONAR CON TRASTORNOS ADAPTATIVOS, DEPRESIÓN,, ESTRÉS POSTRAUMÁTICO O AGUDO. LA SECUELA MÁS FRECUENTE EN ADULTOS ES LA TRANSFORMACIÓN PERMANENTE DE LA PERSONALIDAD Y EN NIÑOS DIVERSOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y PSICO-SEXUALES.
	CAPACIDAD TESTIFICAL	EVALUAR EL ESTADO MENTAL Y ESPECIALMENTE LA CAPACIDAD COGNITIVA DE UN TRESTIGO PARA ALMACENAR Y RECUPERAR INFORMACIÓN RELEVANTE PARA EL PLEITO. DESCARTAR PÉRDIDA DE CONTACTO CON LA REALIDAD, DEPRESIÓN GRAVE O TENDENCIA A LA MANIPULACIÓN	ACTUAL	ENTREVISTA. PRUEBAS DE EVALUACIÓN COGNITIVA (MINI-EXAMEN COGNOSCITOIVO DE LOBO; CAMDEX; TEST BARCELONA,…). PRUEBAS DE PERSONALIDAD.	COMO NORMA GENERAL SOLO LOS TRASTORNOS MENTALES GRAVES Y LAS DISCAPACIDADES SENSORIALES AFECTAN ESTA CAPACIDAD.
	VULNERABILIDAD DE LA VÍCTIMA (EN EL SENTIDO DE RIESGO)	DOCUMENTAR EL TIPO AGRAVADO DE LOS DELITOS CONTRA LA LIBERTAD E INDEMNIDAD SEXUAL (VICTINMA ESPECIALMENTE VULNERABLE)	RESTROSPECTIVO	ESTUDIO GENERAL DE SALUD MENTAL Y COMPRENSIÓN DE LA SEXUALIDAD	LOS RETRASOS MENTALES Y CIERTOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD, POSICOSIS Y DEMENCIAS SITUAJN A LA VICTIMA EN SITUACIÓN DE ESPECIAL VULNERABILIDAD

ANEXO 2.
SEMIOLOGÍA. EXPLORACIÓN PSÍQUICA DE LAS FACULTADES COGNOSCITIVAS Y VOLITIVAS.

- ASEO, VESTIDO, MODO DE PRESENTARSE
- HÁBITO Y CONSTITUCIÓN: BIOTIPOS
- RAPPORT
- ABORDABILIDAD
- PSICOMOTRICIDAD
- ACTITUD

- **CONCIENCIA**: Consciente
- ALTERACIONES DE LA CONCIENCIA:
  - Obnubilación
  - Estupor
  - Delirium
  - Coma
  - Somnolencia
  - Estado crepuscular

- **ATENCIÓN y CONCENTRACIÓN**: Atento y concentrado.
- ALTERACIONES DE LA ATENCIÓN:
  - Atención / inatención selectiva
  - Distraibilidad
  - Hipervigilancia
  - Déficit de atención

- **MOTIVACIÓN**: Motivado
- ALTERACIONES DE LA MOTIVACIÓN:
  - Abulia

- Apatía
- Motivabilidad
- Signos ganaciales y manipulativos

- **ORIENTACIÓN**: orientado en tiempo, lugar y persona
- ALTERACIONES DE LA ORIENTACIÓN:
  - Desorientación autopsíquica
  - Desorientación alopsíquica

- **SENSO-PERCEPCIÓN**: Niega alteraciones sensoperceptivas
- ALTERACIONES DE LA SENSO-PERCEPCIÓN
  - Alucinación:
    - Hipnagógica
    - Hipnopómpica
    - Auditiva
    - Visual
    - Olfatoria
    - Gustativa
    - Táctil
    - Somática
    - Liliputiense (micropsia)
    - Alucinación congruente con el estado de ánimo
    - Alucinación no congruente
    - Alucinosis
    - Sinestesia
    - Ilusión
    - Agnosia:
      - Anosoagnosia
      - Somatoagnosia
      - Agnosia visual

- Asteroagnosia
- Prosopagnosia

- Macropsia
- Micropsia
- Despersonalización
- Desrealización
- Personalidad múltiple

- **INTELIGENCIA**: Inteligencia normal según apreciación clínica. Razonamiento informal. Resolución de problemas. Resolución de cálculos elementales. Capacidad de abstracción. Juicio práctico. Lectura y escritura. Nivel cultural. Capacidades adaptativas (autocuidado, comunicación, salud, ocio, uso de la comunidad)

- ALTERACIONES DE LA INTELIGENCIA:

  - Retraso
  - Discalculia
  - Disgrafía
  - Alexia
  - Demencia
  - Pseudodemencia
  - Apraxia

- **PENSAMIENTO**: Normal en curso y contenido.

- ALTERACIONES DEL PENSAMIENTO:

  - Alteración formal del pensamiento. Pensamiento ilógico
  - Neologismos
  - Pensamiento autista
  - Ensalada de palabra
  - Circunstancialidad
  - Tangencialidad
  - Incoherencia. Pensamiento desorganizado.
  - Ecolalia

- Fuga de ideas
- Bloqueo
- Pobreza de contenido
- Idea sobrevalorada
- Idea deliroide.
- Idea delirante primaria
- Delirio sistematizado
- Delirio insistematizado, extravagante
- Proceso
- Desarrollo
- Delirio congruente con el estado de ánimo
- Delirio incongruente con el estado de ánimo
- Delirio nihilista
- Delirio de ruina
- Delirio de grandeza, megalomaniaco
- Delirio somático o hipocondríaco
- Delirio de referencia
- Delirio de control
- Robo del pensamiento
- Inserción de pensamientos
- Difusión del pensamiento
- Control del pensamiento
- Delirio de persecución
- Delirio de invención
- Delirio erótico o erotomanía
- Delirio de infidelidad (celos)
- Obsesión (rumiación)- compulsión

♦ **LENGUAJE** (DISCURSO): Espontáneo, sin alteraciones expresivas, léxicas, semánticas, gramaticales, prosódicas.

- ALTERACIONES DEL LENGUAJE (HABLA):
  - Verborrea, Logorrea
  - Pobreza del discurso
  - Lenguaje no espontáneo
  - Disprosodia
  - Dislalia
  - Disartria
  - Modulación de la voz
  - Soliloquio
  - Tartamudeo
  - Farfulleo
  - Afasia motora
  - Afasia sensorial
  - Afasia nominal
  - Afasia sintáctica
  - Jergafasia
  - Afasia global

- **MEMORIA**: Retrógrada / anterógrada. Remota o evocación/ Reciente / De trabajo / fijación

- ALTERACIONES DE LA MEMORIA:
  - Amnesia: anterógrada // retrógrada // de fijación // remota
  - Paramnesia
  - Fabulación
  - Dejá vu
  - Dejá entendí
  - Jamais vu
  - Represión

- **EMOCIÓN**: Estado de ánimo eutímico. Afecto apropiado y congruente con el estado anímico.

- ALTERACIONES DE LA EMOCIÓN: AFECTO, ANIMO Y OTRAS EMOCIONES

  - Afecto inapropiado
  - Embotamiento o aplanamiento afectivo
  - Labilidad afectiva
  - Estado de ánimo disfórico
  - Estado de ánimo expansivo
  - Irritabilidad
  - Labilidad del humor
  - Hipertimia
  - Depresión
  - Anhedonia
  - Ansiedad
  - Miedo
  - Tensión
  - Pánico
  - Ambivalencia
  - Culpa
  - Alteraciones fisiológicas asociadas al humor
  - Disomnia

- **COMPORTAMIENTO MOTOR** (conación)

- ALTERACIONES:

  - Ecopraxia
  - Catatonía
  - Rigidez
  - Temblor de reposo
  - Temblor intencional
  - Negativismo
  - Esterotipia
  - Agitación psico-motriz

- Hipercinesia (hiperactividad)
- Tic
- Acatisia
- Compulsión
- Dipsomanía
- Tricotilomanía
- Cleptmanía
- Ninfomanía
- Satiriasis
- Aritmomanía
- Ataxia
- Hipoactividad (hipocinesia)
- Acting-out o impulso

- **RASGOS DE PERSONALIDAD**

  - 1-Big five:
  - Extraversión // introversión:
    - Cordialidad
    - Gregarismo
    - Asertividad
    - Actividad
    - Búsqueda de emociones

  - Amabilidad (empatía) // oposicionismo (poco cooperativo, irritable):

    - Confianza
    - Franqueza
    - Altruismo
    - Actitud conciliadora
    - Modestia

- Sensibilidad (*vs* dureza)

- Responsabilidad
  - Orden
  - Sentido del deber
  - Necesidad de logro
  - Autodisciplina
  - Deliberación

- Neuroticismo // estabilidad emocional
  - Ansiedad (psicastenia)
  - Hostilidad
  - Depresión
  - Ansiedad social
  - Impulsividad
  - Vulnerabilidad ante el estrés

- Apertura a la experiencia
  - Fantasía
  - Estética
  - Sentimientos
  - Acciones
  - Ideas
  - Valores

- Otros:
  - Locus de control
  - Estilo atribucional
  - Abstracción // psicoticismo
  - Paranoidismo
  - Tolerancia a la frustración
  - Dependencia

- Dominancia
- Necesidad de estimación

ANEXO 3.
RECOGIDA DE DATOS Y CODIFICACIÓN DE LA ESCALA HCR-20 DE EVALUACIÓN DE RIESGO DE VIOLENCIA DE
C. Webster* K.S. Douglas* D. Eaves* S. Hart
EVALUACIÓN DE UN CASO

HCR-20

EL HCR-20 es una escala de factores de riesgo del comportamiento violento. Contiene 20 ítems organizados de la siguiente manera: 10 factores pasados (Factores Históricos), 5 actuales o presentes (Factores Clínicos) y 5 futuros (Factores de Riesgo); (véase tabla 1).

Un aspecto importante del HCR-20 consiste en que incluye variables que recogen aspectos pertinentes presentes, pasados y futuros. Los factores históricos o estáticos, son tan importantes como la combinación de factores clínicos presentes y de riesgos futuros. Esta organización surge de las revisiones de los trabajos publicados recientemente con la versión 1 del HCR-20 por Webster y cols.(1995) y otras publicaciones de los mismos autores.

Tabla 1

ÍTEMS DEL HCR-20

Históricos (pasados)	Clínicos (Presentes)	Riesgo (Futuros)
H1.- Violencia previa	**C1.- Ausencia de insight**	**R1.- Planes no realistas**
H2.- Primer acto violento a edad temprana	**C2.- Actitudes negativas**	**R2.- Exposición a desestabilizadores**
H3.- Inestabilidad de las relaciones interpersonales	**C.- Síntomas activos de enf. mental grave**	**R3.- Ausencia de apoyo personal**
H4.- Problemas laborales	**C4.- Impulsividad**	**R4.- Incumplimiento del plan terapéutico**
H5.- Uso de sustancias	**C5.- Falta de respuesta a tratamiento**	**R5.- Estrés**
H6.- Enfermedad mental grave		
H7.- Psicopatía		
H8.- Desajuste temprano		
H9.- Trastorno de la personalidad		
H10.- Fracaso en previa supervisión		

Investigación con EL HCR-20

Abajo se brinda un informe sobre las investigaciones realizadas en EL HCR-20 hasta mayo de 1997. Existe un número considerable de proyectos de investigación a gran escala que se están llevando a cabo en instituciones penitenciarias, forenses, y en ámbitos psiquiátricos generales. Algunos de estos

son de naturaleza prospectiva, los cuales proporcionarán una estimación más amplia de la utilidad del HCR-20 en comparación con la actual.

Instituciones penitenciarias

Douglas, Webster, Wintrup (Douglas y cols., 1996 b) investigan la concordancia entre evaluadores y la validez concurrente de los ítems históricos y clínicos del HCR-20 (versión 1), en una muestra de 72 reclusos canadienses de una institución federal. Toda la información se codificó retrospectivamente a partir de los expedientes. La correlación de Pearson entre dos evaluadores para las dos sub-escalas combinadas fue +0.80. En esta investigación, las puntuaciones totales posibles tenían un limite máximo de 30 puntos, en vez de 40, debido a la exclusión de los factores R. La correlación entre la escala histórica y la cuantía de cargos delictivos fue +0.52 (se omitió H1, "violencia previa", del análisis). La correlación entre la escala clínica y violencia previa fue +0.44. También se relacionaron el HCR-20 con las puntuaciones de los 20 ítem de la Psychopathy Checklist – Revised (PCL-R) de Hare y la Risk Assessment Guide (RAG), posteriormente denominada Violence Risk Appraisal Guide (VRAG) (Rice Harries, 1995). La puntuación total del HCR-20 tuvo una correlación fuerte con la VRAG (+0.54) y la PCL-R (+0.64, omitiendo del análisis el ítem H7, "psicopatía"), al igual que la escala histórica (+0.61, la VRAG; +0.54 con la IPSL-R). La escala no se relacionó con tanta fuerza con estas medidas (+0.28, con la VRAG; +0.47 con la PCL-R). La VRAG y la PCL-R correlacionaron + 0.61, la VRAG correlaciono con violencia previa +0.44 y la PCL-R +0.34.

Aunque estas investigaciones realizadas en ámbitos penitenciarios no proporcionan normas aplicables para el HCR-20, sí que demuestran la relación de esta escala con la violencia. Esta relación surge a partir de las correlaciones con violencia previa y no, con violencia futura. Por eso, estas investigaciones no constituyen una evaluación importante de la utilidad de la HCL-20. No obstante la HCR-20 se relacionó con violencia previa por lo menos en la misma medida que la VRAG y la PCL-R, instrumentos que fueron sometidos a métodos de investigación más exhaustivos y amplios.

Administración

Se debe realizar una revisión exhaustiva y cuidadosa de todos los expedientes e historias clínicas. Se espera que los expedientes contengan informes y notas de los psicólogos, psiquiatras y trabajadores sociales, oficiales de policía, fiscales, enfermeras y otros profesionales. En general, esta información servirá para proporcionar un avance antes de entrevistar y examinar al paciente.

La mayoría de estas evaluaciones se harán en el ámbito penal, por lo que estos sujetos pueden mostrarse poco comunicativos. Pese a esto es imprescindible que se realicen entrevistas detalladas para recaudar información y para analizar si existen incongruencias entre lo que se sabe de la persona y lo que ésta intentara hacer creer al evaluador. Esto, en sí mismo, puede constituir diagnósticos para varios ítem del HCR-20, como "actitudes negativas" (C2) o "respuesta desfavorable al tratamiento" (C5).

La utilización de referencias del evaluado sin corroboración para puntuar los ítems, se debe restringir a los casos en que los sujetos se incriminen con sus declaraciones, pero no, cuando se exculpen con ellas. En los ámbitos forenses o penitenciarios, es muy común que los individuos minimicen tanto el daño que causaron y la responsabilidad que les incumbe, como las conductas nocivas del pasado. En general, no tiene sentido exagerar la información negativa sobre ellos mismos ya que esto sólo les perjudicará. Por lo tanto, si las personas admiten haber cometido actos de violencia de lo que no haya registros, estos se codificaran en los ítems correspondientes del HCR-20. Sin embargo, si el sujeto los negase el evaluador no debe sin previa corroboración puntuar los ítems como si los incidentes violentos no hubieran ocurrido. Este aspecto del método de entrevista y puntuación es muy similar al que se utiliza en la administración del PCL-R.

Las entrevistas clínicas estructuradas y semiestructuradas pueden ser de gran ayuda para la puntuación de algunos de los ítems del HCR-20, referentes a los trastornos mentales, los trastornos de personalidad y abuso de sustancias. Así mismo la utilización de inventarios de personalidad, puede aportar información pertinente a ciertos ítems, "como problemas relacionados con sustancias" (H5), "trastorno mental grave" (H6), "trastorno de personalidad" (H9), "actitudes negativas" (C2), "síntomas activos de trastornos mentales graves" (C3), "impulsividad" (C4) y "respuesta desfavorable al tratamiento" (C5). La inclusión de instrumentos estandarizados en los estudios de investigación mejora la calidad de la información.

En la mayoría de los casos, la revisión de los expedientes, la entrevista y los métodos auxiliares deberían ser suficientes para completar el HCR-20, sin embargo, y especialmente para la sección del riesgo medio ambiental, puede ser necesario consultar a otros profesionales responsables de los tratamientos o de los programas de reinserción. La información de las personas que manejaron el caso y la de los trabajadores sociales o los funcionarios judiciales que supervisan a los sujetos en libertad condicional, puede ser muy útil para determinar como se comporto el sujeto en las supervisiones previas.

Se deben incluir en los informes todas las fuentes, tanto las que se consultaron como las que no (y explicar por que no lo hicieron) o las que no se pudieron consultar.

Codificación del HCR-20

Durante la codificación del HCR-20 evaluador tiene que realizar dos clases de juicios. Primero, uno con relación a cada ítem, el evaluador debe determinar la presencia o la ausencia de cada uno de los factores. Segundo, el evaluador debe integrar la información de cada ítem y llegar a una conclusión final con relación al riesgo de violencia. Se recomienda que el evaluador registre sus evaluaciones en algún marco de referencia estandarizado; para este propósito, los autores han desarrollado un formulario llamado "hoja de puntuación del HCR-20". Para la codificación es también necesario que el evaluador considere el contexto del proceso de evaluación (en la comunidad o en una institución) y si es necesario realizar una nueva evaluación con el HCR-20 (para evaluar las variaciones del riesgo desde la ultima evaluación). Por lo tanto el procedimiento especifico de codificación dependerá en gran medida del propósito de la evaluación (clínico, investigación, etc.) y del contexto.

Codificación de los ítems

Los ítems se codifican con una escala de 3 grados, de acuerdo con la certeza de la presencia de los factores de riesgo. El "0" indica que, de acuerdo con la información obtenida en la evaluación, el factor de riesgo esta ausente o, dicho de otra manera, que no hay información que sugiera la presencia del factor de riesgo. El "1" indica la presencia probable o parcial; esto es que de acuerdo a la información obtenida en la evaluación, ésta indica que existen indicios, pero que no hay pruebas concluyentes. El "2" indica la presencia clara del factor de riesgo.

Si no existiese información respecto de alguno de los ítem o si la información no es confiable el ítem se debe omitir. Esta opción se debe utilizar con moderación. El esquema de puntuación se resume de la siguiente manera:

- **0 No** Ausencia del ítem o este no corresponde
- **1 Tal vez** Presencia del ítem o presencia limitada del mismo
- **2 Si** Presencia del ítem
- **Omisión / Se desconoce** No hay información valida suficiente que permita decidir la ausencia o presencia del ítem.

Conclusiones finales

En general, una evaluación que arroja un resultado de riesgo bajo sugiere que el individuo no necesita una intervención especial o estrategias de supervisión diseñadas para prevenir el riesgo de la violencia, y que no hay

necesidad de realizar un seguimiento de las variaciones del riesgo. Una evaluación que arroja un resultado de riesgo moderado sugiere que se debería hacer un plan de prevención del riesgo; este plan tiene que incluir, por lo menos, algún mecanismo para re-evaluar sistemáticamente el riesgo. Una evaluación que arroja un resultado de riesgo alto indica que se debe diseñar, de inmediato, un plan de prevención de riesgo, que incluya, como mínimo, personal de asesoramiento, aumento del nivel de supervisión, prioridad para recibir el tratamiento disponible, y que se elabore un régimen de re-evaluación regular.

Se recomienda cautela en los casos en los que se concluya que no existe probabilidad de violencia debido a incapacidad o lesiones físicas. Se conocen muchos casos de personas con incapacidades físicas graves que cometieron delitos violentos, por ejemplo, un hombre en silla de ruedas cometió una violación y un hombre casi ciego convenció a una persona de que cometiera un homicidio. Algunas lesiones, como las lesiones cerebrales traumáticas, pueden elevar el riesgo de violencia en casos particulares.

Los autores de esta escala recomiendan que los evaluadores tomen una decisión final respecto del riesgo de violencia, utilizando una escala simple de 3 grados (véase la hoja de puntuación del HCR-20) : "Bajo" indica que el evaluador cree que el individuo no se encuentra en situación de riesgo de violencia o éste es muy bajo; "Moderado" indica que el evaluador cree que el individuo esta en una situación de riesgo de violencia moderada o alta; "Alto" indica que el evaluador cree que el individuo plantea un riesgo alto o muy elevado. Aunque se reconoce que la división es muy tajante, esta codificación simple es fácil de entender y de llevar a la práctica.

No se puede especificar un método para llegar a una decisión final apropiada para todas las decisiones. Para la investigación, es posible utilizar el HCR-20 como si fuese una escala actuarial y simplemente sumar los ítem numéricos para obtener la puntuación de la escala H, que va de 0 a 20; de la C y la R, que van de 0 a 10; y de la puntuación total que va de 0 a 40. si algún ítem se tiene que omitir, las puntuaciones deben prorratearse. Esto no es recomendable cuando se omiten demasiados ítem –por ejemplo, mas de dos ítem H, mas de uno C o R, o más de cinco, en total.

Para fines clínicos, no tiene mucho sentido sumar el número de factores de riesgo presentes en un caso determinado y luego utilizar puntuaciones de corte fijos y arbitrarios para clasificar al individuo, según el riesgo, en bajo, moderado o alto. Es posible que un evaluador concluya que un paciente se encuentra en situación de riesgo de violencia alto sobre la base de un solo factor de violencia –si por ejemplo, ese factor de riesgo es "síntomas activos de trastornos mentales graves" (C3) y refleja la intención deliberada del evaluado de cometer un homicidio o de llevar a cabo fantasías sexuales sádicas. Asimismo, la presencia de rasgos psicopáticos extremos ("psicopatía".H7) puede llevar al evaluador a clasificar al evaluado como un sujeto de alto riesgo. También, pueden existir factores que lleven a la conclusión de que el evaluado

tiene un riesgo de violencia bajo (por ejemplo incapacidad física grave, estado comatoso).

Cuando no existe un factor que por sí mismo determine un grado de riesgo alto, el grado de riesgo variará positiva y constantemente en función del número de factores presentes en el caso.

En otras palabras, parece razonable pensar que cuanto más alto sea el número de factores presentes en un caso, mas alto será el riesgo de violencia. Sin embargo, aún en estos casos los evaluadores, deben ser cautelosos. La relación entre el número de factores de riesgo presentes y el riesgo de violencia, puede no ser lineal, es probable que el riesgo dependa de la combinación específica y no, del número de factores de riesgo presentes. En resumen, por el momento, puede no ser posible ni aconsejable puntuaciones de cortes para determinar las conclusiones finales de la evaluación del riesgo en ámbitos clínicos.

Los ítems omitidos pueden ser un problema en los ámbitos clínicos. El hecho de prorratear presupone una coherencia interna del HCR-20, esto es, que los ítems tengan más o menos la misma validez como indicadores de alguna característica (peligrosidad) o como factores predictores de algún incidente (violencia) en un caso determinado. Esta presuposición puede no ser correcta. Por lo tanto, en ámbitos clínicos, "omisión" se debe considerar igual a "0" . Ambos indican que no hay información que sugiera la presencia de un factor de riesgo. Los evaluadores deben tomar conciencia de que la omisión de algunos ítem puede afectar la validez de la evaluación final, en especial si dicha evaluación arroja que el evaluado tiene un riesgo bajo de la violencia. Cuando se omiten ítems, se debe indicar como estas omisiones podrían variar el resultado de la evaluación si la información completa estuviese disponible.

Codificación de los factores de riesgo medio ambientales

Es importante aclarar el contexto y propósito de la evaluación. En la hoja de puntuación del HCR-20, esto se indica marcando la casilla "dentro" (interno o en institución cerrada) o " fuera " (externo, comunidad) en la sección del riesgo.

Durante la evaluación del riesgo de violencia en régimen abierto, se presupone que el individuo reside en la comunidad y los factores de riesgo medio ambientales se deben interpretar de acuerdo a ello. Cuando se evalúa el riesgo de violencia institucional, se presume que el individuo reside en una institución; el evaluador debe hacer las alteraciones necesarias para la interpretación de los ítems por ejemplo, la codificación del ítem "Deficiencia del Plan de Reinserción Social" (R1), en una evaluación interna, se debe centrar en el plan del evaluado para adaptarse al tratamiento y al régimen de prevención del riesgo en la institución, así mismo, la codificación del ítem "Estrés" (R5), en una evaluación interna con fines de liberación, deberá considerar no sólo el

estrés que el sujeto tendrá en la institución sino el que tendrá en la comunidad en caso de ser puesto en libertad.

Las conclusiones de las evaluaciones destinadas a examinar el riesgo de violencia en instituciones pueden diferir notoriamente de las que tienen como objeto la evaluación del riesgo de la violencia en la comunidad. Por esta razón, es importante evaluar el riesgo cada vez que cambia el contexto.

También es importante re-evaluar a individuos en otras circunstancias. Es muy probable que los factores de riesgo varíen con el tiempo, en cuanto a la gravedad. Esto se ve especialmente en los factores clínicos o de riesgo medioambiental, que son, fundamentalmente, de naturaleza dinámica. Se recomienda la re-evaluación del riesgo de violencia como mínimo cada 6 (de 6 a 12) meses o siempre que exista alguna circunstancia que lo indique. El HCR-20 es una herramienta muy útil tanto para el control del progreso durante un tratamiento de supervisión, como para la predicción.

ÍTEMS HISTÓRICOS

Los autores de esta guía, tienen la certeza de que la información histórica debe ser la base de la evaluación de riesgo (Webster y cols.). En los ámbitos clínicos generales, las predicciones basadas en un número relativamente reducido de variables históricas, son en general, tan o más precisas que las basadas en información detallada (Dawes y cols., 1989); aparentemente ocurre lo mismo con las predicciones en los ámbitos forenses (Monahan, 1981).

Algunos clínicos no están de acuerdo con la importancia que el HCR-20 y otros instrumentos generales le conceden lo que aquí se denomina factores de riesgo históricos. Se debe recordar, sin embargo, que muchos ítems históricos (como el diagnostico de enfermedades mentales o de trastorno de personalidad), en realidad, son el resultado de la evaluación clínica general. El uso del término "histórico" refleja la estabilidad temporal de estos ítems, que tienden a ser de naturaleza estática. Esto no quiere decir que sean características invariables, y permanentes de los individuos (por ejemplo, variables demográficas) o eventos pasados.

La evaluación de los factores históricos es mucho más que la simple recolección de datos del evaluado. Estos, deben ser considerados en el contexto de la significación personal y social, tratando de reconstruir el patrón de conducta, modo de pensar y aspectos psicofuncionales más relevantes.

La interpretación que un clínico pueda obtener de estos datos se diferencia notablemente de la interpretación textual que puede hacer cualquier otro profesional. La naturaleza de las distintas conclusiones será pues diferente en cada caso. Esto no quiere decir que las interpretaciones sean distintas y no compatibles sino que se pueden corroborar recíprocamente para así incrementar la solidez de los resultados.

La evaluación de los factores históricos debería incluir la información obtenida a través de la consulta con fuentes colaterales (familiares y amigos, enfermeros, clínicos, maestros, oficiales, penitenciarios, etc.), ya que no deberíamos basarnos únicamente en la opinión clínica que hacen los profesionales de la salud mental sino integrar todos los aportes de las demás disciplinas, tanto si la evaluación se hace en régimen cerrado (encarcelamiento, internamiento psiquiátrico) o en régimen abierto (comunidad).

Descripción de los ítems

H1 Violencia previa

La mayoría de los evaluados tienden a minimizar los delitos previos. Por ejemplo si llevaban un arma, sostienen que no pensaban utilizarla. Un atraco con arma aunque esta no se haya utilizado nada más que para asustar, debe considerarse como acto violento grave. También es necesario conocer los hechos, circunstancias y factores que acompañan al acto violento antes de hacer una valoración cualitativa. No se valora igual la violencia desencadenada por un conflicto con alguna persona que la violencia por motivo de robo u otras razones criminales. El caso de conflicto con una determinada persona o grupo (familiar, amigo, grupo político) se debe vincular al factor de exposición a los desestabilizadores y al control del impulso. También la valoración de este ítem sería distinta si el antecedente violento ocurrió durante un episodio psicótico. En este último caso el riesgo vendrá asociado a la efectividad del tratamiento más que a la personalidad del sujeto.

Monahan en 1981 señalaba que "existe un descubrimiento en el área de la predicción que eclipsa a todos los demás: la probabilidad de que se cometan delitos aumenta en cada acto delictivo pasado". Las pruebas de los estudios de Braxon , Sreadnan y Cocozza, (1974) y de Dixon (Thornberry y Jacoby, 1979) son muy contundentes a lo que esto respecta. Algunos estudios de evaluaciones de peligrosidad solicitadas por los juzgados (Menzies y Webster, 1995; Sepejack y cols., 1983) y otros estudios realizados internacionalmente, también apoyan esta teoría (Blomhoff y cols., 1990; Convit y cols., 1988). Klasen y O' Connor (1988) sostienen: "sobre la base de los descubrimientos realizados hasta la fecha, prácticamente todas las medidas de delitos pasados predicen violencia futura". Los autores del HCR-20 son conscientes de que los actos violentos en sí mismos no revelan, necesariamente, la historia completa de lo que ocurrió, y que la "intencionalidad", tanto de la víctima como del agresor, se debería tomar en cuenta.

Codificación

0.- Inexistencia de antecedentes violentos

1.- Violencia previa posible o leve (uno o dos actos de violencia moderadamente grave)

2.- Violencia grave).Violencia previa clara o grave (tres o más actos de violencia leve, o cualquier acto de violencia muy grave)

El esquema de puntuación en este ítem intenta capturar el grado de violencia previa. Por eso, el número de actos violentos pasados combina con la gravedad de la violencia pasada para determinar la puntuación. Los actos de violencia moderada o leve incluyen cachetadas, empujones y otros comportamientos que probablemente no causen lesiones graves o permanentes en las víctimas. Los actos de violencia clara o grave incluyen aquellos actos que provoquen la muerte, lesiones graves o permanentes en la víctima, aunque cabe aclarar que no se limitan a estos.

Los actos de violencia que manifiestan hasta el momento de la evaluación y durante la misma se incluyen dentro de "violencia previa". Aquí encontramos el último delito, violencia durante el encarcelamiento u hospitalización o hacia el evaluador durante la entrevista.

H2 Edad temprana en el momento de la conducta violenta

En general, cuanto más joven sea la persona en el momento de su primer acto de violencia conocido, más probabilidades tendrá de cometer actos de violencia en el futuro.

Aplicar el juicio profesional y sentido común. Puede ser que los evaluados relaten algunas peleas o altercados en los que no haya habido intervención escolar, policial o paterna. Estos suelen ser enfrentamientos breves sin lesiones.

Se debe contemplar el contexto en el que se analiza el acto. En la infancia y adolescencia, peleas entre compañeros sin lesiones ni consecuencias no se consideran actos violentos. Sin embargo si la conducta desencadenó violencia, lesiones e intervención de las autoridades, sí se considerara como acto violento. Conviene siempre registrar a qué edad se desencadenó el primer acto violento.

Codificación

0.- Primera conducta violenta conocida a los 40 años o después.

1.- Primero conducta violenta conocida entre los 20 y 39 años.

2.- Primera conducta violenta conocida anterior a los 20 años.

Estas divisiones de edades son arbitrarias. En general, cuanto más joven sea la persona en el momento de su primer acto de violencia, mayor será la probabilidad de actos de violencia en el futuro.

La edad se establece de acuerdo a la fecha del primer acto de violencia conocido, y no, a la del último delito o a la de la evaluación. Si no existen actos de violencia conocidos se le asigna la puntuación 0.

H3 Inestabilidad en las relaciones de pareja

Este ítem puede sufrir variación a lo largo de la historia del sujeto. A veces no hay patrón de relación inestable o esta inestabilidad puede ser transitoria o ser originada por los efectos de un primer acto delictivo. En este caso la puntuación dependerá de la gravedad del conflicto. Frecuentemente encontraremos un patrón de inestabilidad de relaciones interpersonales en personas con estilo de vida delictivo. En caso de haber tenido varias relaciones inestables pero una estable en los últimos diez años se dará una puntuación de un punto.

Según Harris y cols. (1993), un entorno social estructurado previene los delitos violentos. Comprobaron que la variable "nunca casado" correlaciono +0,18 con actos de violencia futuros. Klassen y O'Connor (1988) también observaron la relación entre las personas solteras y violencia. Los hombres que son violentos en sus relaciones de pareja tienen muchas posibilidades de ser violentos fuera de ellas (Gondolf, 1988; Saunder, 1992). Por supuesto, se tiene que entender que la variable "matrimonio" se asocia con otras, como la "presencia", "aceptación", "capacidad" para asumir responsabilidades", entre otras.

Este ítem se aplica únicamente a las relaciones de pareja íntima y no platónica. Se excluyen las relaciones familiares y de amistad. El ítem apunta a establecer si el individuo tiene la capacidad de formar y mantener relaciones de pareja estables y duraderas, y si, dada la oportunidad, lo hace. La "inestabilidad" se manifiesta de muchas maneras: muchas relaciones cortas; ausencia total de parejas; presencia de conflictos en las relaciones duraderas.

Algunos matrimonios y parejas son precisamente llamativos por el alto grado de violencia grave y continua. Estas relaciones deben considerarse como "altamente conflictivas". Puede ser necesaria una evaluación mas especifica de esta área. De ser así, se recomienda consultar la Spousal Assault Risk Assessment Guide (SARA) que sigue los mismos criterios generales que el HCR-20.

Codificación

0.- Patrón de relaciones de pareja relativamente estable y sin conflictos.

1.- Patrón de relaciones de pareja inestable o conflictivo posible/ leve

2.- Patrón de relaciones de pareja inestable o conflictivo claro/ grave.

H4 Problemas laborables

Es probable que las personas que obtengan puntuación altas en este ítem rehusen a buscar empleos, tengan un historial de muchos empleos en periodos cortos de tiempo, hayan sido despedidos o hayan renunciado a empleos en varias ocasiones. Lo central de este ítem es la presencia o ausencia de problemas laborales. Se pueden tener en cuenta algunas circunstancias que modifiquen la reducción de la puntuación 2 a 1 o a 0 (esto es, factores económicos, o incapacidades físicas o mentales que impidan que la persona trabaje). Sin embargo, los evaluadores deben utilizar este criterio con moderación, ya que el ítem se centraliza en los problemas del empleo y no, en la capacidad laboral. Las experiencias a los programas laborales institucionales deben considerarse en este ítem. Aquí, se incluyen los estudios posteriores a la educación media como trabajo.

En algunos casos, este ítem no es pertinente y debe omitirse. Un ejemplo seria una persona de 17 años que, al haber terminado el colegio recientemente, tenga poca o ninguna posibilidad de establecer una historia laboral.

Ya que éste es un ítem histórico, se deben considerar con cautela los cambios recientes en la condición laboral del sujeto. Por ejemplo una persona con una historia de quince años de problemas laborales, que acaba de conseguir una pensión por discapacidad, por que se le considera "laboralmente incapacitada", puede, de todas maneras, obtener una puntuación 2 en este ítem.

Las estadísticas generales sobre la reincidencia delictiva muestran una relación entre el nivel de ingresos y la conducta delictiva, durante la libertad condicional y el desempleo y la reincidencia delictiva en general. No hay ninguna razón para pensar que esto no se mantiene con respecto a las personas con trastornos mentales. Menzies y Webster (Menzies y Webster, 1995), en una muestra de delincuentes con trastornos mentales, descubrieron que el desempleo en el momento del arresto era una de las cuatro variables de un conjunto de factores que predecían actos de violencia. Harris y cols., (1993) observaron que aunque el desempleo no es uno de los 12 predictores más importantes, los sujetos que reincidían durante los siete años de seguimiento tenían un patrón de empleo de periodos más cortos (50%), que el grupo de no reincidentes. Andrews y Bonta (1995) sostienen que los problemas laborales se relacionan con una recidiva general.

Codificación

0.- Ausencia de problemas laborales

1.- Problemas laborables posibles / leves.

2.- Problemas laborales claros / graves.

H5 Problemas relacionados con el uso de substancias

El evaluado tiende a minimizar el uso o abuso de substancias (alcohol incluido) en base a la deseabilidad social. Sin embargo, debemos estar alerta de que en algunos casos, el evaluado tiende a exagerar la información sobre su consumo para atribuir la responsabilidad de determinado hecho delictivo al estado de intoxicación, bien buscando eximentes o consecuencias distintas al encarcelamiento. Es preciso hacer un diagnostico preciso basado en una minuciosa entrevista, en datos complementarios y en métodos auxiliares de diagnostico. Contactos colaterales con centros asistenciales donde el sujeto evaluado pudo haber estado en tratamiento, son indispensables.

En general, los clínicos, no tienen problemas para reconocer la conexión entre el abuso de substancias y la conducta violenta. Esta variable demostró ser significativa en el estudio de Harris y cols. (1993) y, sin duda, se le considera como uno de los factores más importantes en otras investigaciones. (Klassen y O' Connor (1994), en su proyecto a gran escala multi-local, Epidemiológical Catchment Area (ECA), sostienen que el diagnostico de abuso de substancias presenta asociaciones más fuertes con la violencia que con la del diagnostico de trastornos mentales. De hecho, de todas las variables estudiadas, es la que más se vincula con el comportamiento violento. Otras investigaciones apoyan la conexión entre el abuso de substancias y violencia en diversos grupos muestrales (Bartels y cols., 1991, Blomhoff y cols., 1990; Hodgins, 1990; Hoffman y Beck, 1985; Taylor, 1985; Yarvis, 1990).

Codificación

0.- Ausencia de problemas de abuso de sustancias.

1.- Problema de abuso de substancias posibles / leves

2.- Problemas de abuso de substancias claros / graves

El uso indebido de las drogas recetadas se considera abuso. También se tiene que incluir en la evaluación la utilización de otras sustancias, como pegamentos, inhaladores, pinturas. Aunque el diagnostico psiquiátrico de abuso o dependencia de substancias se debe tomar con seriedad, la mera presencia

de ésta no garantiza que la puntuación sea 2, sino existe corroboración. El evaluador tiene que establecer si existe deterioro en áreas de la salud, empleo, ocio y relaciones interpersonales que se pueda atribuir al abuso de substancias. Algunos ejemplos son (aunque no se limitan a estos): llegar tarde a trabajar, tener arranques de ira contra otras personas; tener resacas fuertes; no poder mantener o buscar un empleo debido al consumo de substancias, trabajar en estado de ebriedad, tener infracciones por manejar bajo los efectos del alcohol las drogas; tener dificultades en las relaciones interpersonales relacionadas con el consumo; haber sido arrestado por incidentes relacionados con drogas; negar el problema, aunque sea evidente lo contrario. El uso de substancias trae aparejado lesiones neurológicas (psicosis alcohólicas o por otras drogas, delirium tremens, deterioro grave de la memoria, etc.).

H6 Trastorno mental grave

El diagnostico posible de trastorno mental grave debe ajustarse a un sistema de nomenclatura oficial, como el del DSM – IV (American Psyquiatric Association, 1994), o en el International Classification of Diseases (ICD – 10) (World Health Organization, 1992). Este ítem se calcula sobre la base de la historia pasada, sin tener en cuenta sí el trastorno está en un periodo activo o de remisión.

Este ítem se aplica a los trastornos que presentan perturbaciones del pensamiento y del afecto (trastornos psicóticos, maníacos, orgánicos, retraso, etc.): Cuando la presencia de un trastorno mental grave es inequívoca, la puntuación de este ítem debe ser 2; cuando las pruebas son equívocas (por ejemplo, si el grado de gravedad no es claro), la puntuación apropiada es 1.

Los trastornos mentales leves, como los trastornos de ansiedad, trastornos somatoformos, parafilias, trastornos del sueño o del control de los impulsos, no están considerados en este ítem. Los trastornos de personalidad se codifican en el punto H9.

Monahan en 1981, aseguraba que no había correlación entre trastornos mentales y violencia. Sin embargo, recientemente, revisó los trabajos realizados sobre el tema, en la década pasada, y afirma que "los trastornos mentales pueden ser un factor de riesgo concreto y significativo de la existencia de violencia, como lo vienen afirmando cada vez mas investigadores clínicos en los últimos años". Otros estudios revelan que los trastornos mentales, particularmente esquizofrenia, con delirios y alucinaciones, y manía, son indicadores importantes de riesgo de violencia en la comunidad. Es importante señalar, sin embargo, que la mera correlación entre violencia y trastorno no implica que todas las personas con trastornos mentales actúen violentamente – por el contrario, la mayoría no lo hace-, y que, en comparación con la combinación "varón, joven y nivel socioeconómico bajo", por ejemplo, las enfermedades mentales constituyen sólo un factor de riesgo moderado.

Codificación

0.- Sin trastorno mental mayor.

1.- Trastorno mental mayor posible / leve

2.- Trastorno mental mayor claro / grave.

H7 Psicopatía

Para valorar este ítem, necesitamos utilizar la escala PCL (Psychopathy Checklist) de Hare o la PCL:SV.

La PCL-R es una escala para la evaluación de la psicopatía, especialmente útil para la población forense de varones. Abarca conductas y rasgos de personalidad comprendidos en una amplia concepción clínica de psicopatía. En el ámbito clínico se utiliza también como psicodiagnóstico. Dado que una puntuación obtenida puede tener importantes consecuencias en el sujeto y en su futuro, debe utilizarse con completa responsabilidad y entrenamiento en el área. Según su autor, su uso esta restringido a los profesionales de las ciencias de la conducta con entrenamiento y experiencia. Se debe limitar su uso a la población en la que ha sido validada. La información necesaria para completar la escala se obtiene de entrevistas clínicas y de revisión de datos e información complementaria

Una de las características más distintivas de la PCL-R, es el ser uno de los mejores predictores de violencia en esquizofrénicos e individuos con trastornos de personalidad. Distintos investigadores descubrieron que la psicopatía constituye a un factor de riesgo de violencia futura muy importante en varias poblaciones distintas. Un meta-análisis de 18 estudios que habían investigado la relación entre la psicopatía y la violencia (y otras formas de comportamiento antisocial) reveló una correlación alta (0,79) entre la psicopatía y violencia.

La escala tiene dos factores principales, el factor 1 se centra en los rasgos afectivos e interpersonales, mientras que el factor 2 comprende aspectos conductuales. Las características que definen la psicopatía, como la compulsividad, versatilidad delictiva, indiferencia, falta de empatía o remordimiento, hacen que la conexión conceptual entre la psicopatía y violencia sea clara. Debe quedar claro que muchos de los ítems históricos de la PCL-R son mas o menos redundantes respecto a los otros ítems históricos del HCR-20. Lo que se debe señalar es que la PCL-R parece ser el único instrumento especifico hasta ahora desarrollado en el área, que tiene propiedades psicométricas establecidas (Hart y Dempster, 1997; Hart y cols., 1994).

Codificación

0.- Inexistencia de características psicopáticas, puntuación inferior a 20 en la PCL-R, o inferior a 13 en el PCL:SV.

1.- Psicopatía posible / leve. Puntuación de 20 a 29 en la PCL-R, o de 13-17 en la PCL-SV

2.- Psicopatía clara / grave. Puntuación de 30 a 40 en la PCL-R, o de 18-24 en la PCL:SV.

Se debe señalar que estas puntuaciones se deben obtener sobre la base de una evaluación de psicopatía realizada por alguien que este capacitado para usar la PCL-R o la PCL.SV y con la suficiente información. Los autores recomiendan el uso de este ítem basándose en la información formal con la PCL-R o con la PCl:SV.

H8 ***Inadaptación temprana***

Este ítem trata la inadaptación en el hogar, en la escuela o en la comunidad antes de los 17 años. En cuanto a la inadaptación escolar se consideran tanto la capacidad del sujeto y los logros escolares, como la conducta en clase y la adaptación al colegio en general. Harris y cols. (1993) descubrieron que esta variable correlaciona + 0,31 con las conductas violentas posteriores a la liberación o el alta hospitalaria y, siguiendo la misma línea, también observaron que el hecho de haber sido separados de sus padres antes de los 16 años correlaciona +0,25 con violencia futura. Hodgins (1994), en un estudio en el que se realizo un seguimiento a una muestra amplia, en Estocolmo, desde nacimiento hasta los 30 años demostró que existe una conexión entre las dificultades identificadas a edad temprana en el hogar y en el colegio. Parece ser que estas variables tienen en común la posible alteración de los vínculos afectivos o de la socialización durante la niñez.

Los evaluadores deben averiguar si hubo abuso físico durante la niñez o si presenciaron maltrato físico entre los padres ya que la calidad de la vida familiar a edad temprana es un indicador de violencia futura. Existen indicios de que la gravedad del comportamiento antisocial es directamente proporcional a la gravedad del maltrato durante la niñez.

La investigación de este aspecto de la historia individual tiene grandes limitaciones cuando se realiza a través de la entrevista con el interesado es común que por actitud defensiva se admitan antecedentes de conductas disfuncionales o que las mismas se minimicen exponiéndolas como "cosas de chicos " o refiriéndolas como similares a las conductas que todos los niños solían tener. Para tener información útil en la entrevista, es necesario ofrecer la oportunidad de que el evaluado se explaye narrativamente y, por supuesto, en un encuadre que no resulte punitivo. Resulta valioso entrevistar a los padres o

familiares y obtener registros escolares o judiciales (gabinetes psicopedagógicos, institutos de menores tribunales de menores, etc.). En ocasiones, los problemas de conducta de niños y jóvenes que vivieron en zona de riesgo social pueden ser normalizadas, es decir considerados como no problemáticos o como propias de la edad. Esta normalización puede afectar la puntuación final por lo que conviene permitir que el evaluado se explaye y preguntar puntualmente por las conductas pertinentes.

Codificación

0.- Sin antecedentes de inadaptación

1.- Inadaptación posible / leve.

2.- Inadaptación clara / grave.

Este ítem incluye dos formas muy distintas de inadaptación temprana como indicador de violencia futura. Una se relaciona con la victimización del niño y la otra, con el niño como victimario o delincuente. Aunque ambos factores predicen violencia en adultos, tiene ampliaciones muy distintas en cuanto la intervención.

Para asignar una puntuación 2, se recomienda demostrar la inadaptación en, por lo menos dos de los tres dominios: hogar, escuela y comunidad y que la inadaptación de uno de estos sea demasiado grave (por ejemplo, abusos graves y prolongados durante la niñez).

H9 Trastornos de personalidad

Los trastornos de personalidad, en especial los de tipo antisocial y límite se basan en criterios que dependen, en parte, de una historia de conductas antisociales. Existen pruebas que demuestran que los trastornos de personalidad son predictores de violencia (Widiger y trull, 1994). Esta variable correlaciona +0, 26 con violencia en el estudio de Harris y Cols. (1993). Yarvis (1990) determinó que los trastornos de personalidad antisociales y límites estaban sobrerepresentados en una muestra de homicidas. Estudios epidemiológicos en el Canadá (Bland y Orn., 1986) y en los Estados Unidos (Robins y cols., 1991), respaldan la asociación entre violencia y trastorno de personalidad antisocial. Ingredientes clave, como la ira, la impulsividad, la hostilidad, entre otros, elevan el riesgo tanto de conductas violentas en general.

Codificación

0.- Sin trastorno de personalidad.

1.- Trastorno de personalidad posible / leve (Rasgos)

2.- Trastorno de personalidad posible / grave

El diagnostico de trastorno de personalidad debe ajustarse a un sistema nosológico oficial como el DSM-IV (American Psyhchiatric Association, 1994). Este ítem se calcula sobre la base de la historia pasada, sin tener en cuenta, sí el trastorno esta en un periodo activo o de remisión.

Los posibles trastornos de personalidad o trastornos de personalidad leve, se diagnosticarán como rasgos de trastorno de personalidad.

El diagnostico de trastorno de personalidad es complejo. Es importante considerar nuestro criterio clínico y contratransferencia, además de los criterios arriba mencionados. Reiterar las entrevistas o contactos cuando no se dispone de informes previos o datos en la historia clínica que corroboren el trastorno. También se pueden utilizar otros instrumentos de diagnóstico como los inventarios de personalidad.

H10 Fracaso en supervisión previa

Este ítem trata los fracasos de supervisión previa mientras el individuo se encontraba sujeto a un régimen de libertad condicional, libertad bajo vigilancia del departamento correccional o agencia de salud mental y sólo es pertinente en estos casos . Conviene averiguar si hubo algún intento de fuga de la institución, exitosa o no. El fracaso de libertad condicional previa se asocia con actos de violencia futuros. En una muestra de mas de 3200 internos varones canadienses que habían sido liberados de penitenciarias federales en el curso de un año, Bonta, Harman y Cormier (1996) descubrieron que los internos con antecedentes de fugas tenían una tasa de recidiva general de 39%. Esta variable correlacionó también con recidiva violenta. Los pacientes psiquiátrico forenses catalogados por el personal del hospital como predispuestos a la fuga, tuvieron comportamientos más violentos en el hospital que los que no fueron considerados predispuestos a la fuga.

Codificación

0.- No hubo fracaso en supervisión previa.

1.- Fracaso en supervisión previa leve

2.- Fracaso en supervisión previa grave

Cualquier fuga o intento de la misma durante una hospitalización o reclusión, o fracaso durante un tratamiento ambulatorio supervisado es pertinente para este ítem. El fracaso se considera grave si, como resultado ocurre el reingreso en la institución penitenciaria psiquiátrica. Algunos ejemplos típicos son fuga de institución penitenciaria o de un hospital de máxima seguridad, reincidencia bajo libertad condicional, o incumplimiento del

tratamiento psiquiátrico ordenado por el tribunal. Los fracasos leves son los incumplimientos técnicos de las condiciones de liberación, que pueden tener como resultado alguna medida disciplinaria menor (suspensión de los privilegios o sanciones leves, etc.).Algunos ejemplos son: incumplimiento de los horarios de los permisos de salidas, disturbios, incumplimiento del tratamiento prescrito y consumo de drogas y alcohol.

Este ítem se valorará 0 si el evaluado aún no ha tenido ningún periodo de supervisión, en la institución o fuera de ella.

FACTORES CLÍNICOS

Aunque los ítems históricos tienen más respaldo en cuanto a su precisión predictiva, no existen bastantes conceptos clínicos aceptados por la comunidad científica que puedan ser pertinentes para la evaluación de riesgo. Cabe que los conceptos clínicos puedan matizar los resultados de los factores históricos (Klassen y O'Connor, 1994); o, como dijeron Harris y Cols. (1993;), la evaluación actuarial del riesgo puede servir de base para el juicio clínico y así los clínicos pueden utilizar la información dinámica variable para ajustar el nivel de riesgo que se computó con el instrumento de predicción actuarial. Los autores han intentado incorporar estas ideas al HCR-20, garantizando que la puntuación total se obtenga en gran medida, de los factores históricos, pero que los aspectos del individuo que varíen con el tiempo, en tanto sean pertinentes al potencial de violencia, también contribuyen a la evolución del riesgo. Las variables clínicas también pueden evaluarse regularmente (por ejemplo en los controles realizados a los pacientes con tratamiento ambulatorio) de modo que los niveles de riesgo pueden modificarse de ser necesario.

El objetivo principal de los autores, fue el aislar conceptos particularmente importantes, derivados por un lado de la información de los profesionales clínicos forenses experimentados que colaboraron en la elaboración del HCR-2, y por otro lado, de los trabajos ya publicados. En esta sección, se describen 5 variables o factores, que se evalúan continuamente a través, no sólo de la entrevista sino de toda la documentación y datos disponibles, ya que estos ítems son variables complejas que suponen juicio clínico, reflexión y análisis de todos los datos en su conjunto. Asimismo, se consultarán fuentes colaterales pertinentes.

C1 Ausencia de insight

Esta variable se puede interpretar como la ausencia de la comprensión y evaluación razonable de los procesos mentales, reacciones y auto-conocimiento de uno mismo. Una de las ventajas de este concepto teórico para este objetivo, es que es "multidimensional", es decir, que se puede utilizar para determinar en que medida el paciente cree tener un trastorno mental, si es consciente de los efectos que tiene la medicación sobre ese trastorno y si comprende las

consecuencias sociales del trastorno mental y el riesgo de violencia en que se encuentra. También se utiliza para determinar en qué medida el paciente se considera peligroso, enojado o fuera de control, debería realizarse de manera flexible y amplia. Los evaluadores deben investigar si el sujeto es capaz de hacer una valoración objetiva de ellos mismos y del comportamiento de los demás o si por el contrario su opinión está basada en atribuciones sesgadas. Por ejemplo se puede desencadenar un acto violento si el sujeto le atribuye a un tercero una conducta hostil, cuando ésta en realidad, no existe. Por último sería un error creer que un individuo carece completamente de autocrítica simplemente por padecer un trastorno mental grave.

Codificación

0.- insight normal

1.- deficiencia de insight posible /leve

2.- deficiencia de insight claro o grave

Este ítem evalúa en que medida el paciente reconoce y comprende el trastorno mental que padece y los efectos que produce su enfermedad en otras personas. La deficiencia de insight puede manifestarse de distintas maneras. Algunas personas con trastornos mentales graves evidentes, no pueden o no quieren asumir su propensión a reaccionar violentamente si no toman regularmente los medicamentos prescritos, otras tienen dificultades para comprender la importancia que puede tener un grupo de apoyo bien estructurado para prevenir las conductas violentas. Algunos sujetos no son conscientes del nivel generalmente alto de peligrosidad e ira que pueden llegar a alcanzar.

La evaluación de este ítem no está limitada a los sujetos con trastornos mentales, sino que se extiende a todos los evaluados. En la población forense, es frecuente encontrar sesgos de pensamiento que pueden alterar el juicio sin por eso carecer de insight. A veces estas personas que no padecen trastornos mentales, no consideran riesgosas conductas consideradas como tal por el ciudadano medio (uso de sustancias, armas etc.).

C2 Actitudes Negativas

El evaluador debe prestar atención a las manifestaciones exageradas de actitudes que pueden relacionarse con la violencia. Es importante determinar en que medidas las actitudes generales del individuo son antisociales o pro sociales. Se deben explorar actitudes hacia otras personas, hacia organismos, instituciones sociales, las leyes y otras autoridades. Sería útil averiguar cuan optimista o pesimista es el paciente respecto de su futuro. Aunque los tipos y la frecuencia de los actos de violencia pasados se evalúan en la sección histórica, se debe estudiar con atención la actitud del paciente respecto de esos actos, si

muestra tristeza y remordimiento genuino o si en realidad, es insensible despiadado e indiferente. Las actitudes sádicas homicidas o paranoicas que no se deben a un trastorno mental, se deben incluir en este ítem. Andrews y Bonta (1995) informan que los sentimientos y las actitudes predelictivas se relacionan con el comportamiento criminal y violento. Específicamente, algunos investigadores descubrieron que la existencia de actitudes que avalan la utilización de la violencia, que son misóginas y patriarcales, tienden a diferenciar a los hombres que son violentos con sus parejas de quienes no lo son (Saunders, 1992., Straus y Cols., 1980).

Codificación

0.- Inexistencia de actitudes negativas.

1.- Actitudes negativas posibles / leves

2.- Actitudes negativas graves / claras.

Aquí nos referimos a los tipos de actitudes criminales y antisociales que pueden llegar a producir resultados violentos. Los autores son conscientes de que todas las personas, en un sentido amplio, pueden tener actitudes negativas. Sin embargo, este ítem no se refiere a las actitudes pesimistas ocasionales sino las actitudes y creencias negativas y antisociales arraigadas.

Vale la pena señalar que algunos individuos hacen públicas, en mayor o menor medida, sus tendencias antisociales por el hecho de pertenecer a determinadas organizaciones.

Las actitudes negativas y antisociales se detectan en las entrevistas pero es muy probable que el evaluado oculte tales tendencias o se muestre defensivo a la hora de responder sobre ellas. Podemos sin embargo establecer incongruencias entre lo que expresan y la manera en como se comportan o se han comportado que nos den una pauta acerca de las actitudes negativas. La obtención de información complementaria es básica para este ítem.

C3 Síntomas activos de enfermedad mental grave

Los evaluadores, deben prestar atención a los síntomas psicóticos positivos y negativos (es decir, alteraciones del pensamiento en contenido y forma, afecto inapropiado, alteraciones de percepción, alucinaciones y delirios entre otros). Monahan (1992) sugiere que los síntomas psicóticos mas floridos son los que están, probablemente, más relacionados con la conducta violenta que el mero diagnostico de trastorno psicótico. En su revisión cuantitativa, Douglas y Hart (1996) descubrieron que los síntomas psicóticos específicos tenían un efecto mayor en comparación con categorías diagnosticas. Link y Stueve (1994) y Swanson y cols., (1996) descubrieron que los síntomas psicóticos que generan vivencias amenazantes y de control externo están mas

relacionados con la violencia que los síntomas psicóticos que no poseen estas características. Los pacientes con ideas delirantes desarrolladas son mas propensos a cometer delitos violentos contra terceros que aquellos con psicosis indiferenciadas crónicas.. Numerosos estudios observan una relación entre síntomas psiquiátricos, medidos con la Brief Psychiatric Rating Scale (Overall y Gorham, 1962), y violencia (Douglas y Hart, 1996). También se deben tener en cuenta otros estados clínicos como, las fantasías sádicas, las tendencias suicidas, fantasías o ideación homicida, paranoia, megalomanía y celotipia patológica.

Codificación

0.- no presenta síntomas activos de trastorno mental grave

1.- Síntomas activos de trastorno mental grave posibles / leves

2.- Síntomas activos de trastorno mental grave claros / graves.

Para las evaluaciones de los síntomas psicóticos, los evaluadores deben seguir un sistema de clasificación como el del DSM-IV (Amercan Psychiatric Association, 1994) o el de la CIE 10 (World Health Organization, 1992).

Utilizar el juicio profesional cuando la naturaleza de los síntomas no sea claramente psicótica. La impulsividad, baja tolerancia a la frustración, alto nivel de provocación y determinados estados sintomáticos pueden ser factores de riesgo a considerar.

C4 impulsividad

Cuando hablamos de impulsividad nos referimos a la inestabilidad afectiva y conductual. Es más fácil predecir las acciones de las personas estables, desde el punto de vista emocional y conductual, que el de las personas inestables. La inestabilidad emocional es el sello característico del diagnostico de personalidad límite del DSM-IV. Algunas de las observaciones generales del DSM-IV sobre este trastorno son muy útiles para evaluar el riesgo en pacientes que no sufren este trastorno. El evaluador debe averiguar como reaccionara el evaluado ante desprecios, ofensas y desilusiones, tanto reales como imaginarios (Monahan, 1981). Barratt (1994) dirigió un programa de investigación sobre impulsividad muy fructífero que demuestra la conexión de este fenómeno con actos violentos. Se ha comprobado que la impulsividad como estilo de vida, es un indicador que distingue a los criminales recidivantes de los no recidivantes.

Codificación

0.- ausencia de impulsividad

1.- impulsividad posible/leve

2.- impulsividad clara/grave

El término "impulsividad" se refiere a los cambios drásticos del animo o de la conducta hora a hora, día a día o semana a semana. Está relacionado con la capacidad de mantener la serenidad y mantener la conducta incluso en los casos en que el individuo está bajo presión para actuar.

La impulsividad puede afectar los campos afectivos y los de la conducta. Es decir, las personas tienen tendencia a reaccionar ante un estimulo desencadenante, tanto afectiva como conductualmente. Las personas impulsivas reaccionan de manera exagerada, ante desprecios, ofensas y desilusiones imaginarias o reales. Las reacciones, tanto positivas como negativas, pueden parecer exageradas o sobre actuadas. Las acciones del sujeto impulsivo, inclusive las que aparentan ser responsables, pueden ser incoherentes y, a menudo pueden ser difíciles de predecir. Las reacciones no son las que habitualmente se esperan en esas circunstancias. La Impulsivity Checklist(ICL-20)que propusieron recientemente Webster y Jackson (1997b) y que se basó en un trabajo de Howard Wishnie (1997) pueden ser de gran ayuda en la evaluación de impulsividad.

C5 Respuesta desfavorable al tratamiento.

Es muy importante para el evaluador analizar la respuesta del sujeto a los intentos de remediación. Es fundamental saber si el sujeto solicitó ayuda, la aceptó, si la rechazo de inmediato, o si la aceptó, solamente para " quedar bien" ante el tribunal o alguna otra autoridad.

Aunque es necesario saber cuando el sujeto se está esforzando para continuar con el tratamiento, el factor crucial radica en sí existe o no una demostración concreta de compromiso, y si la persona posee la capacidad y habilidades para enfrentar las necesidades sociales, vocacionales, interpersonales y de vida básicas presentes o futuras. Los clínicos deben averiguar si el individuo fue hospitalizado recientemente y cuales fueron los motivos y si tuvo episodios recientes de ira. Los estudios han demostrado que el incumplimiento con la medicación prescrita, predice reingreso hospitalario

Codificación

0.- Respuesta favorable del tratamiento

1.- Respuesta desfavorable al tratamiento posible o leve

2.- Respuesta desfavorable al tratamiento clara o grave

Este ítem incluye cualquier tratamiento que se haya implementado para mejorar los problemas delictivos, psiquiátricos, psicológicos, sociales o vocacionales, No hace referencia a los tratamientos que son altamente irrelevantes para la criminalidad o tendencias psiquiátricas (tratamientos médicos). Los individuos que puntúan alto en este ítem, no tienen motivación ni se esfuerzan, o no cumplen con la medicación. Estos individuos tienen una tendencia a no alcanzar los objetivos que se proponen. Puede que las personas que obtengan un puntuación alta en este ítem se nieguen a iniciar un tratamiento, que interrumpan el tratamiento si lo comienzan, que simulen durante el tratamiento o que lo terminen sin obtener beneficios del mismo.

Como lo describen Rogers y Webster (1989), " La condición de ser tratado" se refiere a la conclusión clínica acerca de qué pacientes, bajo que modalidades de tratamiento y en que condiciones medioambientales responderán más favorablemente al tratamiento. Los clínicos deben determinar para cada tipo de delincuente que se esté considerando, los objetivos del tratamiento, el método clínico, el cumplimiento del tratamiento y las respuestas al mismo. Los predictores de las respuestas al tratamiento implican una estimación de situaciones de conducta adaptativas (por ejemplo, seguir el tratamiento), inadaptativos (por ejemplo recidiva), influencias externas desconocidas que se presten a confusión y la disponibilidad de recursos para tratamientos futuros.

FACTORES DE RIESGO MEDIOAMBIENTALES

Esta sección se encarga de pronosticar como se adaptará el individuo a circunstancias futuras. Si bien el proceso pronóstico tiene exponentes especulativos, sirve para estimular el desarrollo de planes preventivos apropiados o, dicho de otro modo, para disminuir los riesgos. También es coherente con la evaluación de riesgo condicional o contingente analizada por algunos autores.

La evaluación del riesgo futuro dependerá, en gran medida del contexto en el que vivirá el sujeto o en el que se espera que viva. Este esquema contempla la posibilidad de que el individuo sea puesto en libertad en un futuro cercano ("fuera" o externo). Este es el aspecto que más se ha subrayado a la hora de priorizar los riesgos medioambientales. Sin embargo, también es posible realizar la evaluación partiendo de la base de que el sujeto esté hospitalizado ("dentro" o interno). La evaluación interna considera las metas y planes del individuo durante el periodo en el que esté internado o encarcelado. Puede ser que se plantee un cambio de un sujeto de un pabellón a otro, de mayor o menor nivel de seguridad. Es posible que los evaluadores deseen realizar una evaluación que tenga en cuenta ambas posibilidades, internas y externas, para poder tomar las decisiones respecto a la situación particular del individuo. De ser así, se recomienda completar dos formularios de puntuación distintos, uno para "dentro" y otro para "fuera". Esta opción es adecuada para las

evaluaciones que tienen como objetivo el alta o libertad condicional, especialmente, en los casos en que existen dudas.

R1 Planes no realistas

La habilidad, por parte del individuo, de aceptar y aprovechar las posibilidades de un tratamiento o programa terapéutico tiende a disminuir el riesgo de violencia. Obviamente gran parte depende de la capacidad del personal profesional de la institución para trabajar con el paciente o el recluso en el diseño de un plan de alta o libertad adecuada, seguro y realista. Esto implica reuniones con representantes de diversos organismos e instituciones, con las familias, y otras entidades. Estos planes, generalmente incluyen un reparto de responsabilidades y rutinas específicas para enfrentarse a las distintas eventualidades. Es conveniente que los planes se hagan por escrito, se diagramen y se archiven. Cabe resaltar la importancia que tiene el que el tratamiento propuesto sea adecuado para el individuo. Un meta-análisis efectivo descubrió varias características de tratamientos apropiados y efectivos para la reducción del recidivismo: (1) que se concentre mayor asistencia en los casos de mayor riesgo; (2) que se especifique las vulnerabilidades que predisponen al delito (factores de riesgo clínico), y (3) que se establezca una correspondencia entre las modalidades de tratamiento y las necesidades del delincuente y capacidad de aprendizaje del mismo (Andrews y Cols, 1990). Véase también Andrews y Cols. (1986) para información adicional.

La deficiencia del plan puede deberse a que los organismos comunitarios no estén dispuestos (debido al comportamiento del sujeto) o no puedan (por falta de recursos) proveer asistencia. Puede ocurrir también, que el sujeto no haya participado en la elaboración del plan o no tenga el apoyo de amigos, compañeros, o familiares. Por ultimo, también puede ocurrir que los familiares o amigos, etc. no estén dispuestos a colaborar o no puedan hacerlo.

Codificación

0.- Probabilidad baja de fracaso del plan.

1.- Probabilidad moderada de fracaso del plan

2.- Probabilidad alta del fracaso del plan

Respecto a la disponibilidad de programas de reinserción social es necesario plantear algunas consideraciones distintas ya que desgraciadamente no contamos en este momento con programas eficaces que cumplan los objetivos de una reinserción social eficiente y eficaz.

R2 Exposición a desestabilizadores

La exposición a factores desestabilizadores se refiere a las situaciones en que las personas están expuestas a condiciones peligrosas a las que son vulnerables y las cuales pueden desencadenar episodios violentos. Aunque las "condiciones peligrosas" son particulares para cada individuo, pueden incluir la tenencia de armas, uso de sustancias, o pertenencia a un grupo victimizado (por ejemplo, niños). Este ítem está relacionado con la falta de apoyo profesional: en muchos casos la ausencia de personal cualificado y la falta de supervisión y control adecuados pueden potenciar que el sujeto se exponga a factores desestabilizadores.

En un estudio realizado por Estroff y Zimmer (1994) los pacientes asistidos por un menor número de profesionales, exhibieron más probabilidades de actuar violentamente. Las dificultades en el desempeño de las tareas básicas, sociales y cotidianas, como las tareas del hogar, la economía domestica, la alimentación y el ocio, también predicen violencia (Bartels y Cols., 1991). El riesgo seguramente se incrementa cuando los individuos son puestos en libertad o dados de alta tanto si se encuentran en situaciones similares a las del último delito, como cuando se relacionan con individuos antisociales o están expuestos a alcohol y drogas. Un tratamiento efectivo puede implicar modificaciones en el entorno familiar y en el entorno cercano del paciente o del delincuente. Aunque resulta difícil limitar el uso de alcohol y drogas, sí se puede llegar a un acuerdo firme sobre el uso de sustancias y su control sistematizado, siempre y cuando los organismos especializados y el sujeto cooperen.

Codificación

0.- Probabilidad baja de exposición a factores desestabilizadores

1.- Probabilidad moderada de exposición a factores desestabilizadores

2.- Probabilidad alta de exposición a factores desestabilizadores

En muchos casos, los individuos están expuestos a factores desestabilizadores debido a la inadecuada supervisión profesional. Los evaluadores deben determinar si los individuos asistirán a los tratamientos especializados o programas de apoyo, como Alcohólicos o Narcóticos Anónimos., cuando el alcohol u otras drogas psicoactiva se consideren factores desestabilizadores.

En este ítem también debe contemplarse como factor desestabilizador la existencia del conflicto familiar, vecinos, y desestabilizadores externos que no existen en un régimen cerrado.

R3 Ausencia de apoyo personal

El apoyo de familiares, compañeros, amigos o parejas tolerantes y pacientes, que animan al sujeto, es primordial para mantener el plan terapéutico de reinserción. Las malas relaciones familiares pueden precipitar comportamientos violentos. Mucho depende de la posibilidad de disponer de un espacio limpio, seguro y cómodo.

Estroff y Zimmer en 1994 sostienen que la relación del individuo con los otros es el fruto de la combinación de sus experiencias subjetivas, la condición clínica y las historias personales. De ahí que las personas que amenazan con acciones violentas se sienten, a su vez, amenazadas.

Codificación

0.- Probabilidad baja de ausencia de apoyo personal.

1.- Probabilidad media de ausencia de apoyo personal

2.- Probabilidad alta de ausencia de apoyo personal

Este ítem puede ser codificado como presente si no se dispone de apoyo (físico, emocional o financiero) de familiares o amigos o si este apoyo está disponible pero el individuo lo rechaza. Es muy importante determinar que servicios y ayudas están disponibles y asegurarse que el apoyo no es ficticio y que estas personas no estén en realidad, siendo simplemente utilizadas como referentes para obtener el alta, la libertad u otros privilegios.

Conviene considerar también el aspecto negativo de ciertos apoyos sociales y familiares (pareja, amigos, vecinos).

R4 Incumplimiento del plan terapéutico

Esta sección de la evaluación se relaciona con la motivación para lograr objetivos y con la voluntad de cumplir con los regímenes terapéuticos. Aparentemente, el potencial de violencia será menor si el individuo acepta y cumple con las reglas convenidas. El DSM-IV (American psychiatric Association, 1994) señala que esto se vincula con el ítem clínico (C1), insight, que se trató en la sección anterior. La alteración del juicio es frecuente en las personas con trastornos psíquicos y puede ser uno de los principales indicadores de resultados desfavorables, tal vez por que predispone al individuo a no cumplir con el tratamiento. El incumplimiento de los regímenes de medicación predice en general el reingreso y, en particular, la violencia.

Codificación

0.- Probabilidad baja en el incumplimiento del plan terapéutico.

1.- Probabilidad media en el incumplimiento del plan terapéutico

2.- Probabilidad alta de incumplimiento del plan terapéutico.

Probablemente, los individuos que obtengan un puntuación alta en este ítem no tengan motivación para lograr resultados eficaces, ni voluntad para cumplir con la medicación y terapia o simplemente rehúsen respetar las reglas. Este ítem se debe interpretar de manera amplia, es decir, debe incluir, el plan terapéutico en ambos campos, tanto el terapéutico propiamente dicho como el de supervisión.

Cuando se esté codificando un caso "interno" probablemente, este ítem coincidirá con el ítem C5 ("respuesta desfavorable al tratamiento"). Es menester tener en cuenta que el ítem C está relacionado con el presente, y el ítem R, con el futuro. Mientras que un individuo puede no haber respondido favorablemente a una intervención especifica, tal vez, haya obtenido un 2 en el ítem C5, el HCR-20 requiere que se realice una nueva evaluación del ítem R4, de acuerdo a la probabilidad de cumplimiento de los planes futuros.

R5 Estrés

Esta parte de la evaluación conlleva el intento de predecir cuales serían las fuentes de estrés a las que el individuo tendría que hacer frente y como las manejaría o reaccionaría ante ellas. Esto es muy difícil, ya que algunos problemas como la muerte de un pariente cercano, los problemas financieros, las catástrofes ambientales, entre otros, son muy difíciles o imposibles de predecir. Se deben aislar y analizar vulnerabilidades específicas del individuo y de alguna manera seria beneficioso medir el nivel de estrés de los problemas cotidianos. Monahan (1981) examino el concepto teórico del estrés y sugirió especial atención a las siguientes áreas: la familia, los compañeros, amigos, pareja y empleo. También es muy útil la información del eje IV del DSM-IV. Felson (1992) demostró que existe una relación entre el estrés y violencia tanto en personas que cumplieron una condena como en pacientes psiquiátricos dados de alta. En esta relación, también media el hecho de haber sido víctima de violencia, esto es las personas que se encontraban en situaciones de estrés tenían mas probabilidades de ser violentas que aquellas personas que no, sólo si además, habían sido víctimas de violencia.

Codificación

0.- Probabilidad baja de estrés

1.- Probabilidad moderada de estrés

2.- Probabilidad alta de estrés

Este ítem se debe codificar teniendo en cuenta la probabilidad de existencia real del factor estresante grave o bien la capacidad de afrontamiento de un factor estresante, aunque no sea tan grave.

Lo que se intenta captar es la probabilidad de desequilibrio entre la capacidad de afrontamiento específica del sujeto y los factores estresantes

HOJA DE CODIFICACIÓN DEL HCR-20

Nombre: **Fecha:**

0: Ausente/no 1:Parcial /posiblemente 2: Si/definitivamente presente

	Items Históricos	**(0, 1, 2)**
H1	**Violencia previa**	
H2	**Primer acto violento a edad temprana**	
H3	**Inestabilidad en las relaciones interpersonales**	
H4	**Problemas laborales**	
H5	**Uso de sustancias**	
H6	**Enfermedad mental grave - por evaluaciones pasadas o actuales - provisional**	
H7	**Psicopatía - por evaluaciones pasadas o actuales - provisional**	
H8	**Desadaptación/desajuste temprano**	
H9	**Trastorno de la personalidad - por evaluaciones pasadas o actuales - provisional**	
H10	**Fracaso en supervisión previa**	
	Total	**/20**
	Items Clínicos	**(0, 1, 2)**
C1	**Ausencia de Insight**	
C2	**Actitudes negativas**	
C3	**Síntomas activos de enf. mental grave**	
C4	**Impulsividad**	
C5	**Respuesta desfavorable a tratamiento previo**	
	Total	**/10**
	Items de Riesgo	**(0, 1, 2)**
R1	**Plane/metas poco realistas**	
R2	**Exposición a desestabilizadores**	
R3	**Ausencia de apoyo personal**	
R4	**Incumplimiento con intentos terapeuticos previos**	
R5	**Estrés**	
	Total	**/10**
	HCR Total	**/40**
	Otras consideraciones	
1		
2		
	Riesgo Total: Bajo [ ] Moderado [ ] Alto[ ]	

HCR-20 / ENCUESTA

Nombre: **Fecha:**

Item	**(Si/No/?)**
H1: Violencia Previa	
H2: Primer acto violento a edad temprana	
H3: Inestabilidad de las relaciones interpersonales	
H4: Problemas laborales	
H5: Uso de sustancias	
H6: Enfermedad mental grave	
H7: Psicopatía	**(Si/No/?)**
H8: Desajuste temprano	
H9:Trastorno de la personalidad	
H10: Fracaso en supervisión previa	

Otros factores históricos	
C1: Ausencia de insight	
C2: Actitudes negativas	**Si/No/?**
C3: Síntomas activos de enfermedad mental	
C4:Impulsividad	
C5: Respuesta desfavorable a tratamientos previos	
Otros factores clínicos	
Item Dentro Fuera	**Si/No/?**
R1: Planes no realistas	

R2:Exposición a desestabilizadores	
R3: Apoyo personal	**Si/No/?**
R4: Incumplimiento del plan terapéutico	
R5: Estrés	
Otros factores de riesgo	

Facetas de riesgo

¿Qué harías si quisieras maximizar el riesgo de este paciente o la posibilidad de reincidencia?	
¿Qué tipo de violencia tendería a cometer y quien serían las víctimas potenciales?	
¿Alguna otra consideración?	
¿Qué estrategias utilizarías para minimizar o manejar el índice de riesgo?	
Sumario de riesgo **Alto[ ] Moderado[ ] Bajo[ ]**	

ANEXO 4

PCL:SV (ESCALA DE PSICOPATÍA) DE HART, COX & HARE SCREENING VERSION

ADMINISTRACIÓN Y CODIFICACIÓN

EVALUACIÓN DE UN CASO

La PCL se puede administrar a hombres y mujeres mayores de 16 años, con fine diagnósticos. El uso principal de esta escala en los ámbitos forenses esta centrada en el diagnóstico de psicopatía, por lo que las puntuaciones

obtenidas, ya que marcarán el futuro del sujeto, deben estar basadas en un extensivo análisis de cada ítem.

Las fuentes de información para evaluar esta escala son: la entrevista y la revisión de datos y de fuentes colaterales.

La entrevista, semi-estructurada, debe cubrir las áreas siguientes:

- Problema actual
- Antecedentes educacionales y vocacionales y metas
- Antecedentes médicos y psiquiátricos
- Antecedentes familiares y maritales
- Problemas de conducta en la adolescencia
- Problemas de conducta antisocial adulta

Los datos obtenidos en la entrevista deben ser cotejados con otras fuentes colaterales y no deben considerarse como válidos hasta entonces. No se debe completar un PCL sino existiesen registros anteriores o datos colaterales.

La valoración de los ítems aquí descritos, no debe hacerse únicamente considerando la definición sino que antes debe uno formarse una idea prototipo de personalidad considerando la descripción completa del ítem y cotejándola con el sujeto entrevistado. El entrevistador no debería utilizar esta escala hasta no haberse familiarizado con las descripciones de cada ítem.

Cada uno de los ítems es puntuado en una escala ordinal de 3 puntos (0, 1,2) dependiendo de la presencia o ausencia del ítem siendo la puntuación máxima 24. Los ítems para los cuales no existe suficiente información, son omitidos, sin embargo no se debe omitir más de un ítem de la parte 1 y uno de la parte 2. si se omitieran más ítems, se utilizaran las tablas de prorrateo.

Los autores recomiendan $\geq$18 como puntuación de corte (cut-off), para el diagnostico de psicopatía. Las puntuaciones por debajo de 12 se consideran no-psicopáticas y las puntuaciones entre 13 y 17 como probablemente psicopáticas. Las puntuaciones por encima de 18 justificarían el uso de la PCL-R de 20 ítems.

Sin embargo, aún con puntuaciones por debajo de 13 y dependiendo de los ítems podemos emitir un diagnostico de psicopatía.

2	Las particularidades y la conducta del sujeto suelen ser consistentes con las características descritas en el ítem.
1	Las particularidades y conducta del sujeto se adaptan parcialmente a las características descritas en el ítem
0	Las particularidades y la conducta del sujeto no se adaptan a las características descritas en el ítem.

DESCRIPCIÓN DE LOS ITEMS

PARTE 1: ITEMS AFECTIVOS

ITEM 1: SUPERFICIALIDAD

Este ítem describe a un individuo que se relaciona con los demás con un estilo superficial. Por lo general intenta causar una buena impresión narrando historias increíbles, pero convincentes, que le dejan en buen lugar y disculpando conductas inaceptables. Frecuentemente, utiliza jergas innecesarias e inapropiadas. A pesar de su superficialidad, su estilo puede resultar encantador. A menudo este sujeto intenta impresionar a los demás presentándose como duro, hostil y despegado. La clave de las características de este comportamiento es afectada y superficial. Son sujetos de conversación escurridiza que al ser confrontados con las inconsistencias de sus historias, simplemente las cambian y no se dan por aludidos.

ITEM 2: GRANDIOSIDAD

Este ítem describe a un individuo grandioso y fanfarrón. Estos sujetos suelen tener una opinión inflada de ellos mismos, de sus habilidades y de su auto-valía. Se muestran seguros y sectarios en la entrevista. Atribuyen sus circunstancias desafortunadas a fuerzas externas (mala suerte, el sistema…) en vez de a ellos mismos. Se preocupan mucho de su situación actual y poco del futuro. Es decir no pueden ver los efectos futuros de su contacto con la justicia. Llegan incluso a proyectar planes muy poco realistas teniendo en cuenta su situación actual (policía, juez, etc...).

ITEM 3: TENDENCIA AL ENGAÑO

Este ítem describe a un individuo que utiliza la manipulación, la decepción y el engaño como la base de interacción con los demás, para la consecución de sus propios fines. Mienten y decepcionan con una seguridad aplastante y sin ningún tipo de ansiedad. En ocasiones admiten que esto les divierte y se llaman a ellos mismos "artistas del fraude". No les incomoda, ni les produce ansiedad, el ser atrapados en mentiras y continúan mintiendo aún sabiendo que lo que cuentan puede ser verificado.

ITEM 4: AUSENCIA DE REMORDIMIENTO

Este ítem describe a un individuo que carece de capacidad de remordimiento o culpa. Justifican el daño inflingido y demuestran no tener conciencia de haber hecho daño. A veces verbalizan remordimiento sin convicción alguna y de una manera poco sincera. Algunos demuestran poca afectación en cuanto al efecto de sus acciones en otros y sólo se preocupan de las consecuencias que estas acciones pueden tener en ellos mismos. Responsabilizan al sistema por sus condenas. Al codificar este ítem se debe tener en cuenta que los hechos enjuiciados sean de importancia mayor y no se codificará la ausencia de remordimiento por actos triviales.

ITEM 5: AUSENCIA DE EMPATÍA

Este ítem describe a un individuo que tiene una mínima capacidad de establecer vínculos afectivos con otros y de apreciar las consecuencias emocionales de sus acciones. Se muestran como fríos e insensibles y son incapaces deponerse ene. Lugar de los demás. Son incapaces de sentir emociones fuertes y ajenos a las emociones de los demás. A veces expresan sus emociones, pero éstas son superficiales, vacías y versátiles. Los aspectos tanto verbales como no verbales de sus emociones son inconsistentes y superficiales.

ITEM 6: NO ACEPTA RESPONSABILIDAD

Este ítem describe a un individuo que evita tomar responsabilidad personal por sus acciones, racionalizando, minimizando y a veces negando las consecuencias que su conducta puede llegar a tener en otros. La mayoría de sus racionalizaciones implican la proyección de culpa sobre sus víctimas o las circunstancias. Esta minimización supone la negación del sufrimiento de la víctima tanto emocional como físico o económico. La negación implica usualmente el rechazo de culpa y sostenimiento de la inocencia, lo cual implica que la víctima mintió o que el sujeto fue enmarcado. A veces, estos sujetos, alegan tener amnesia, enfermedad menta o haber estado bajo los efectos de sustancias.

PARTE 2: ITEMS CONDUCTUALES

ITEM 7: IMPULSIVIDAD

Este ítem describe a un individuo que actúa espontáneamente sin considerar las consecuencias de sus acciones. Actúan por impulso ya menudo movidos por el deseo o la excitación producida por una situación de riesgo. Estos sujetos se aburren fácilmente y a menudo y además tienen una capacidad de atención mínima. Consecuentemente, llevan un estilo de vida caracterizada por inestabilidad escolar, relacional, laboral, residencial, etc…

ITEM 8: CONTROLES CONDUCTUALES DEFICIENTES

Este ítem describe a un individuo que se enoja o frustra fácilmente. Estas facetas pueden exacerbarse con el uso de alcohol y drogas. Son sujetos frecuentemente abusivos verbalmente (insultan, juran y amenazan) y físicamente (rompen cosas, empujan, pegan, abofetean…). El abuso puede ser súbito y sin provocación. Estos ataques de mal humor suelen ser cortos.

ITEM 9: AUSENCIA DE METAS

Las puntuaciones altas en este ítem describen a un individuo que carece de compromisos y metas realistas a largo plazo. Estos sujetos suelen vivir el día a día sin pensar en el futuro. A veces han confiado demasiado en sus familias, amigos y ayudas sociales para financiarse económicamente. Suelen tener antecedentes escolares y laborales deficientes. Si se les pregunta por sus metas exponen planes poco plausibles. Aduce que va a conseguir grandes beneficios pero no puede establecer como.

ITEM 10: IRRESPONSABILIDAD

Este ítem describe a un individuo que exhibe conductas que pueden causar daño o poner en peligro a los demás. Suelen ser poco fiables y muy a menudo faltan a sus compromisos. Son incapaces comprometerse en las relaciones interpersonales, se despreocupan incluso de sus hijos. Sus conductas laborales son también inapropiadas. Llegan tarde a menudo o faltan sin motivo. Finalmente son poco de fiar e irresponsables económicamente. A menudo han tenido problemas por desfalcos, facturas no pagadas y otros…

ITEM 11: CONDUCTA ANTISOCIAL ADOLESCENTE

Las puntuaciones altas en este ítem describen a un individuo que tenido problemas serios de conducta en la adolescencia. Estos problemas no se limitaron a un ámbito sino que se dieron en los tres, casa, escuela y comunidad y no fueron el resultado de abuso o negligencia. Habitualmente, estos sujetos, tuvieron problemas con la justicia a edad temprana y sus actividades antisociales fueron varias, diversas, frecuentes y persistentes.

ITEM 12: CONDUCTA ANTISOCIAL ADULTA

Este ítem describe a un individuo que ha violado frecuentemente las normas y reglas explícitas. Tienen problemas legales que incluyen acusaciones y cargos por delitos criminales. Sus actividades antisociales son varias, diversas, frecuentes y persistentes.

HOJA DE CODIFICACIÓN

0=no; 1= quizás; 2= Si; X= Omitir

Nombre: **Fecha:**

Parte 1.-

1.- Superficialidad	
2- Grandiosidad	
3.- Tendencia a la trampa/engaño	
4.- Ausencia de remordimiento	
5.- Ausencia de empatía	
6.- No acepta responsabilidad	
TOTAL PARTE 1	

Parte 2.-

7.- Impulsividad	
8.- Control de conducta pobre o ausente	
9.- Ausencia de metas	
10.- Irresponsabilidad	
11:- Conducta antisocial en adolescencia	
12.- Conducta antisocial en edad adulta	
TOTAL Parte 2	

SUMA TOTAL:

ANEXO 5
Administración y Codificación de la Escala de Violencia Sexual (SVR-20)

SEXUAL VIOLENCE RISK-20 * SVR-20 de Douglas P. Boer, Stephen T. Hart, P. Randall Kropp, Christopher D. Webster

EVALUACIÓN DE UN CASO

INTRODUCCION

La escala surge de a necesidad de establecer unos baremos de codificación más completos y fiables que los ya obtenidos con otras escalas.

Los autores observaron que, a la hora de evaluar el riesgo de la conducta sexual, los profesionales no exhibían consistencia ni uniformidad, de juicio clínico, en cuanto a cómo se debían conducir estas evaluaciones y de que decisiones se debían tomar. La validez de las decisiones tomadas, de una manera poco estructurada, era asimismo cuestionable, pues no se daba una especificación clara de cómo se había llegado a ellas ni el porqué. Tampoco se prestaba a que otros colegas cuestionaran o refutaran tales decisiones.

Las escalas actuariales de riesgo de violencia más conocidas, aunque no están debidamente validadas, son el SORAG y el RRASOR.

- *SORAG (Quinsey, Rice& Harris)*
  - *Desarrollado a partir de estudios retrospectivos de violadores y abusadores infantiles.*
  - *Aísla variables sociodemográficas, clínicas y de historia criminal, que se dan entre los agresores sexuales reincidentes y los no reincidentes*
  - *Discrimina entre agresores sexuales potencialmente problemáticos en libertad condicional y los no problemáticos.*

- *RRASOR (Hanson & Bussière)*

- *Desarrollado a partir de variables sociodemográficas y de historia criminal, entre reincidentes y no reincidentes.*

- *Carece de validez predictiva respecto a violencia sexual*

Ambas escalas tienen ciertas limitaciones, como:

- *Considerar un número escaso de factores de riesgo supuestamente predictores de violencia, ignorando por tanto algunos factores que pudieran ser importantes para determinados casos. Estas escalas están más enfocadas a medir factores históricos y características estables de la personalidad de los sujetos.*

- *Las predicciones basadas en instrumentos actuariales son predicciones pasivas y de uso limitado. Si estas predicciones se basan en delitos anteriores, ¿cómo se pueden predecir cambios en el tiempo? Una simple evaluación bastaría puesto que los factores estáticos no cambiaran.*

- *Algunos de los factores de riesgo utilizados por instrumentos actuariales pueden no ser reconocidos en algún terreno legal, siendo en ocasiones descartados otros factores que son más importantes.*

- *Los instrumentos actuariales predicen la probabilidad de que un individuo cometa actos de agresión sexual, ignorando la naturaleza, frecuencia, gravedad e inminencia de tal violencia. Por ejemplo una predicción de reincidencia de un 10% en los próximos 7 años, incluye tanto al individuo que puede violar y matar a una chica el día siguiente, como a un individuo que puede toquetear a un menor dentro de 5 años.*

- *Los instrumentos actuariales, al estar altamente estructurados, tienden a eliminar la opinión profesional y juicio clínico.*

Los autores, pues, deciden identificar una serie de variables:

- Empíricamente relacionadas con violencia sexual futura

- Útiles, tanto para tomar decisiones en el manejo de agresores sexuales en las instituciones y en la comunidad, como para reflejar los cambios en los factores de riesgo dinámico, y

- No discriminatorias (raza, status, etc..)

Con estas variables, elaboran una escala suficientemente amplia y completa y al mismo tiempo suficientemente breve por lo que carece de redundancias.

SVR-20

El SVR-20 se desarrolló principalmente para evaluar el riesgo de violencia sexual en población civil, criminal y forense, aunque también puede ser utilizado para elaborar tratamientos y establecer la necesidad de los mismos.

El SVR-20 no puede utilizarse para determinar sí un individuo cometió o no tal o cual acto de violencia en el pasado, o para determinar sí un individuo cumple con el perfil de agresor sexual, ni para evaluar violencia doméstica o acoso. El SVR está diseñado para apoyar las evaluaciones de riesgo de violencia sexual y no puede ni debe utilizarse para evaluar violencia en general.

Los factores considerados en el SVR, se obtuvieron de la revisión comprensiva de agresores sexuales, de los estudios entre factores discriminatorios entre agresión sexual y agresión no sexual, y de los factores asociados con recidiva sexual.

El SVR es un instrumento de medida más que una escala, pues aunque está sistematizado, no está lo suficientemente estandarizado para ser considerado como un test.

Consta de 20 factores dividido en tres secciones:

1. Adaptación psicosocial. Comprende factores relacionados con el ajuste psicosocial del individuo, la mayoría históricos (con características fijas o relativamente estables), y otros que reflejan funcionamiento pasado y presente.

2. Ofensas sexuales refleja los factores relacionados con la historia de ofensas sexuales del individuo. Aunque estos factores son básicamente históricos, también tienen características dinámicas.

3. **Planes futuros.** Comprende dos factores de riesgo que reflejan los planes del individuo.

Estos factores que reflejan tanto el funcionamiento pasado como el presente y los factores de riesgo introducidos en el SVR, están asociados con el riesgo de violencia sexual futura.

CODIFICACIÓN

Cuando la administración y codificación del SVR se hace con fines clínicos, el evaluador debe tener suficiente experiencia o en su ausencia, consultar con un experto o supervisor clínico. No se necesita experiencia para codificar el SVR con fines de investigación.

Los ítems relacionados con enfermedad mental deben ser codificados y discutidos en consulta con otros colegas o expertos en psicopatología. En estos

casos se codificarán provisionalmente anotando siempre que las puntuaciones serán verificadas por un experto. Es importante hacer referencia a resultados de pruebas psicodiagnósticas, si las hubiere. Si no hubiera suficiente información para la evaluación de estos ítems, se anotará en el informe que los ítems omitidos pueden variar el resultado final y las predicciones de riesgo.

En algunos casos, la responsabilidad de las evaluaciones se puede compartir entre profesionales de distintas disciplinas.

Conviene no perder de vista que una buena evaluación de riesgo debe basarse, además de las escalas y juicio clínico, en una recogida de datos exhaustiva y en la información obtenida a través de fuentes colaterales.

Se requiere dos tipos de juicio a la hora de codificar los ítems del SVR-20. Primero se codifica la ausencia o existencia de cada uno de los 20 factores y luego se indica si se han producido cambios en el status de cada factor de riesgo, es decir, si el riesgo de la existencia del factor se ha mantenido al mismo nivel, ha mejorado o empeorado. Segundo, la información de cada nivel de ítems se integra entre ellos para alcanzar una decisión final en cuanto al riesgo de violencia.

Los ítems se codifican en una escala de tres puntos de acuerdo a la certeza de que los factores de riesgo estén presentes, o hayan estado presentes en algún momento anteriormente.

CODIFICACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO

N	**No**.- el factor de riesgo está definitivamente ausente o no existe evidencia a partir de la evaluación de que este factor esté presente
¿?	**Quizás**.- El factor de riesgo puede estar presente o está presente pero limitadamente.
S	**Si**.- El factor de riesgo está definitivamente presente
O	**Omitir**.- Hay una total falta de información como para tomar una decisión en cuanto a la presencia o ausencia del factor de riesgo

Cuando un factor de riesgo se ha codificado como "S" (Si), el evaluador indicará si ha habido algún *cambio reciente* en el estado de este factor. Esta información puede ser de gran ayuda a la hora de priorizar las intervenciones,

de establecer unas pautas de tratamiento o incluso para determinar si el riesgo está aumentando o disminuyendo y porqué. Por cambio reciente se entiende a los que han ocurrido en el último año, aunque dependerá también del motivo de la evaluación y el contexto de la misma. En algunos casos, será oportuno el alterar este marco de referencia temporal. Los cambios de status de factor de riesgo pueden ser debidos a muchas razones. En algunos casos pueden pasar de ausentes a presentes y viceversa.

CODIFICACION DE LOS CAMBIOS RECIENTES EN EL STATUS DE LOS FACTORES DE RIESGO

+	Exacerbación.- El factor de riesgo ha empeorado recientemente (está presente o se ha exacerbado).
0	No hay cambios.- El factor de riesgo no ha sufrido ningún cambio últimamente.
---	El factor de riesgo se ha mejorado recientemente (ausente o aminorado)

Se recomienda hacer un sumario final de las puntuaciones de riesgo de violencia sexuales utilizando una escala de 3 puntos. **"Bajo"** indica que el evaluador cree que el individuo no plantea riesgo de violencia sexual o plantea un riesgo mínimo, **"Moderado"** indica que el evaluador cree que el individuo plantea un riesgo moderado y en algunas instancias alto. **"Alto",** indica que el evaluador cree que el individuo plantea un alto riesgo de violencia.

- Un juicio de riesgo bajo sugiere que el individuo no necesita una intervención especial o estratégica para manejar el riesgo de violencia y que no plantea la necesidad de vigilar de cerca al individuo para controlar cambios en el nivel de riesgo.

- Un juicio de riesgo moderado sugiere el comienzo de un plan de intervención.

- Un juicio de riesgo alto sugiere la prioridad y necesidad imperiosa de establecer un plan de emergencia para tratar a este individuo. Dependiendo del contexto, el individuo será privado de libertad condicional o si está en una institución, será trasladado a una unidad de vigilancia, se incrementará el nivel de supervisión, se alertará a los empleados que trabajen con él, y en algunos casos se tomarán medidas más drásticas.

No es posible especificar el mejor método para codificar el SVR-20. En algunos casos se puede utilizar como una escala actuarial y simplemente sumar

los factores existentes, con una puntuación máxima de 20. Si se omitieran algunos ítems, estos se prorratearían, aunque no se recomienda prorratear más de 5 ítems.

No tiene sentido sumar los factores de riesgo presentes y utilizar una medida de corte para fines clínicos. Habrá casos en los que podamos estimar un alto riesgo de violencia basándonos únicamente en la existencia de un solo factor (por ejemplo: ítem 6 o ítem 3, si el individuo refiere que su intento de cometer un homicidio o de actuar de acuerdo a sus fantasías sexuales sádicas). Algunos factores como discapacidad física puede llevarnos a decisiones erróneas al codificar el riesgo de violencia sexual.

No sería absurdo concluir que cuantos más factores estén presentes, más alto es el riesgo, pero como evaluadores debemos tener prudencia a la hora de establecer nuestros criterios de codificación. Cabe resaltar que la relación entre el número de factores de riesgo presentes y el riesgo de violencia es probablemente no lineal y que el riesgo dependa más de la combinación de ciertos ítems específicos. Por lo tanto de momento no existen medidas de corte para uso clínico, las omisiones (O) se tratarán como "nos" (N) ya que los ítems no son homogéneos.

Los autores aconsejan re-evaluar y señalan la importancia de poder estimar la exacerbación de un factor ya que esto sólo podría cambiar la decisión final. Un solo incidente de conducta sexual violenta puede provocar cambios en otros ítems. Los responsables de supervisar los casos deberán estimar el tiempo prudencial para las re-evaluaciones. Normalmente esta variable temporal se establece de acuerdo a tres criterios: 1) leyes o estatutos que ordenen re-evaluación, 2) el lugar donde reside el individuo (institución, comunidad), y 3) el riesgo general de violencia del individuo. Se recomienda re-evaluaciones frecuentes para individuos de alto riesgo. El proceso de re-evaluación seguirá los mismos patrones que la evaluación inicial y evidentemente tomará menos tiempo.

FACTORES DE RIESGO DE VIOLENCIA SEXUAL

ADAPTACIÓN PSICOSOCIAL	
Factores Psicosexuales	**Roles Sociales**
1.- Desviación sexual	7.- Problemas de relación
2.- Víctima de abuso infantil	8.- Problemas laborales
Factores Psicopatológicos	**Predisposición Antisocial**
3.- Psicopatía	9.- Historia de violencia no sexual
4.- Enfermedad mental grave	10.- Historia delictiva no violenta
5.- Abuso de sustancias	11.- Fallo en supervisión previa
6.- Ideas suicidas /homicidas	

OFENSAS SEXUALES	
12.- Ofensas de alta densidad (frecuencia)	16.- Escalada en frecuencia o gravedad de las ofensas
13.- Ofensas de múltiples tipos (categorías, grados)	**Aspectos Psicológicos de las Desviaciones Sexuales**
14.- Daño físico a las víctimas (gravedad de las ofensas)	17.- Minimización o negación extrema de ofensas sex.
15.- Utiliza armas o amenazas de muerte durante las ofensas	18.- Actitudes favorables hacia ofensas sexuales
PLANES FUTUROS	
19.- Ausencia de planes realistas	20.- Actitud negativa hacia el tratamiento

DEFINICIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO

ADAPTACION PSICOSOCIAL

1.- Desviación sexual

También llamado preferencia sexual o parafilias. Este ítem mide un patrón relativamente estable de excitación sexual a estímulos inapropiados (edad, sexo, situaciones no-consensuales, objetos, animales, etc.).

Existe una conexión entre desviación sexual y violencia, fuerte y probablemente causal. Individuos en los que la violencia está motivada por desviaciones sexuales, tienen un alto riesgo de reincidencia. La desviación sexual puede ser un factor de riesgo causal que hace que la violencia sea algo apetecible para algunos individuos. Normalmente estos individuos cometen actos en concordancia con sus fantasías y dependiendo de su desviación sexual. Ocasionalmente, la excitación no es aceptada o disfrutada por el individuo, es decir no es ego-sintónica.

Las parafilias múltiples están asociadas con la probabilidad, inminencia y frecuencia de que ocurra violencia sexual y el sadismo sexual está asociado con la gravedad de la violencia sexual.

Cabe recordar que, como en toda evaluación de riesgo de violencia sexual, debemos obtener los datos de la existencia de desviación sexual a través de múltiples fuentes: entrevista, colaterales, cuestionarios, conductas pasadas, pletismógrafo, polígrafo, etc...).

Y.- Evidencia de que el individuo haya sufrido alguna vez en su vida de una desviación sexual.

¿.- Posibilidad de que el individuo haya sufrido alguna vez en su vida de una desviación sexual.

N.- No existe evidencia de que el individuo haya sufrido alguna vez en su vida de una desviación sexual.

2.- Abuso infantil

El abuso infantil es un factor de riesgo e indicador de conducta criminal y violencia sexual. No quiere decir que todo individuo abusado en la infancia se convierta en criminal, sin embargo es un factor importante a tener en cuenta.

El abuso sexual en la infancia está vinculado a la violencia sexual. Posiblemente porque esta violencia origina el desarrollo de patrones de conducta sexuales, preferencias y desviaciones sexuales.

El abuso sexual infantil está asociado con la naturaleza y probabilidad de conducta sexual violenta (Se entiende por violencia todo acto, intento o amenaza de violencia sexual)

Y.- Evidencia de que el individuo haya sido víctima seria (abuso sustanciado por daño físico y psicológico en varias ocasiones) de abuso físico, sexual o psicológico o negligencia (fracaso a la hora de abastecer las necesidades).

¿.- Posibilidad de que el individuo haya sufrido alguna vez en su vida de abuso físico, sexual o psicológico.

N.- No existe evidencia de que el individuo haya sufrido alguna vez en su vida de abuso físico, sexual o psicológico.

3.- Psicopatía

La existencia de psicopatía está relacionada con agresiones violentas, sádicas y oportunistas. Es, a un nivel general, predictiva de conductas violentas, criminales en general y de violencia sexual. Existe una asociación causal entre la psicopatía y todas las facetas de riesgo y además de con la probabilidad, frecuencia, inminencia y gravedad de violencia sexual.

Y.- Evidencia de que el individuo haya sufrido alguna vez en su vida de un trastorno de personalidad psicopático.

¿.- Posibilidad de que el individuo haya sufrido alguna vez en su vida de trastorno de personalidad psicopático.

N.- No existe evidencia de que el individuo haya sufrido alguna vez en su vida de un trastorno de personalidad psicopático.

4.- Enfermedad mental grave

La existencia de enfermedad mental grave es un factor de riesgo que puede llevar al individuo a cometer conductas impulsivas y a tomar decisiones irracionales de actuar sexualmente de una manera violenta.

La enfermedad mental se asocia con la probabilidad de violencia futura.

Los síntomas activos de enfermedad mental, se asocian con la inminencia de violencia sexual futura.

A la hora de codificar este ítem, debemos tener en cuenta que consideramos enfermedad mental grave cuando existen unos déficits intelectuales y cognitivos (demencia, retraso mental), psicosis (esquizofrenia, trastorno delirante) y/o trastornos afectivos graves (depresión profunda, trastorno bipolar). El diagnóstico se debe hacer siempre de acuerdo al DSM-IV.

Y.- Evidencia de que el individuo haya sufrido alguna vez en su vida de una enfermedad mental grave.

¿.- Posibilidad de que el individuo haya sufrido alguna vez en su vida de trastorno de una enfermedad mental grave.

N.- No existe evidencia de que el individuo haya sufrido alguna vez en su vida de un trastorno de una enfermedad mental grave.

5.- Uso de sustancias

El uso de sustancias está asociado con el aumento del riesgo de violencia. La naturaleza de esta relación entre uso de sustancias y violencia sexual, se basa en la disminución de las inhibiciones.

El *uso* de sustancias está probablemente asociado con *la probabilidad y frecuencia* de que ocurra violencia sexual futura.

La intoxicación o *uso activo*, está relacionada con la *inminencia* de violencia sexual.

Y.- Evidencia de que el individuo haya sufrido alguna vez en su vida de problemas serios (abuso y dependencia) debido al uso de sustancias.

¿.- Posibilidad de que el individuo haya sufrido alguna vez en su vida de problemas debido al uso de sustancias.

N.- No existe evidencia de que el individuo haya sufrido alguna vez en su vida de problemas debido al uso de sustancias.

6.- Ideas suicidas u homicidas

Las ideas o fantasías de hacerse daño a uno mismo o a los demás son relevantes a la hora de hacer una evaluación de riesgo. Sin embargo no es evidente que las amenazas de violencia futura hacia los demás sean consistentes con la violencia futura.

Este factor puede relacionarse con violencia futura si las amenazas de hacer daño incluyen violencia sexual.

Como en los demás factores, la probabilidad, frecuencia y gravedad vendrá determinada por la historia de ideación suicida u homicida, mientras que la inminencia vendrá determinada por la presencia de ideación.

Y.- Evidencia de que el individuo haya sufrido problemas serios (ideas intrusivas y persistentes que aludan a métodos altamente letales, o nivel intencional moderado o alto) relacionados con ideas suicidas u homicidas.

¿.- Posibilidad de que el individuo haya sufrido problemas relacionados con ideas suicidas u homicidas.

N.- No existe evidencia de que el individuo haya sufrido problemas serios relacionados con ideas suicidas u homicidas.

7.- Problemas relacionales

Agresores, delincuentes y pacientes forenses, con relaciones inestables, tienden a tener historias criminales más extensas, más frecuentes y un grado de recidivismo violento más alto, que los individuos que mantienen relaciones estables. Parece ser que la incapacidad de establecer y mantener relaciones íntimas está asociada con trastornos de la personalidad. El fracaso de establecer y mantener una relación íntima está asociado también con violencia sexual.

Una historia relacional pobre puede estar asociada con un aumento de la probabilidad y de la frecuencia de violencia sexual.

Problemas relacionales recientes están asociados con la inminencia de violencia sexual.

Y.- Evidencia de fracaso del individuo en establecer y mantener relaciones íntimas estables.

¿.- Posibilidad de que el individuo haya fracasado al establecer y mantener relaciones íntimas estables.

N.- No existe evidencia de que el individuo haya fracasado al establecer y mantener relaciones íntimas estables.

En menores o adolescentes se evaluarán las relaciones familiares.

8.- Problemas laborales

Los problemas laborales están asociados con riesgo criminal, violencia general y violencia sexual. Es un indicador de riesgo que predice violencia sexual porque los problemas laborales, al igual que los problemas relacionales, pueden estar asociados a trastornos de personalidad. Los problemas laborales, además, están asociados con estrés psicosocial, lo cual incrementa el riesgo de violencia.

La historia de problemas laborales está probablemente asociada con la probabilidad y frecuencia de violencia sexual.

La existencia de problemas actuales está relacionada con la inminencia de violencia sexual.

Y.- Evidencia de fracaso del individuo en establecer y mantener un patrón laboral estable.

¿.- Posibilidad de que el individuo haya fracasado al establecer y mantener un patrón laboral estable.

N.- No existe evidencia de que el individuo haya fracasado al establecer y mantener un patrón laboral estable.

En niños y adolescentes se valorará la estabilidad de su historia educacional.

9.- Historia de violencia no-sexual

La existencia de violencia no-sexual pasada es un factor de riesgo de criminalidad y violencia entre agresores comunes y sexuales y pacientes forenses. Es sin lugar a dudas un factor importante a considerar en toda evaluación.

Este factor es un indicador de riesgo de la existencia de conductas antisociales y trastornos de personalidad. Está asociado con la probabilidad, frecuencia y gravedad de violencia sexual futura.

Y.- Existe evidencia de que el individuo haya tenido una historia de violencia no sexual, seria.

¿.- Posibilidad de que el individuo haya tenido una historia de violencia no sexual, seria.

N.- No existe evidencia de que de que el individuo haya tenido una historia de violencia no sexual, seria.

Seria se refiere a que la conducta haya desembocado en daño físico o psicológico.

10.- Historia delictiva no violenta

La existencia de criminalidad en general es un factor de riesgo de violencia y violencia sexual entre delincuentes, criminales y pacientes forenses. Este factor puede ser un indicador de riesgo que refleje la presencia de un trastorno de personalidad o de actitudes antisociales.

Está asociado probablemente con la probabilidad y frecuencia de violencia sexual en el futuro.

Y.- Existe evidencia de que el individuo haya tenido una historia delictiva seria (la conducta criminal desembocó o pudo desembocar en arrestos), no violenta (la conducta criminal no conllevó ningún acto o intento de violencia física a otros) y no sexual

¿.- Posibilidad de que el individuo haya tenido una historia delictiva seria no violenta y no sexual

N.- No existe evidencia de que de que el individuo haya tenido una historia delictiva seria no violenta y no sexual.

11.-Fracaso en supervisión anterior

La violación de la supervisión o libertad condicional incrementa el riesgo de criminalidad y violencia en general. Es un factor importante a la hora de hacer una evaluación de riesgo.

Este factor es un indicador de la presencia de un trastorno de personalidad, de desviación sexual, así como, de actitudes que favorecen la violencia sexual. Este factor está asociado con la probabilidad, frecuencia e inminencia de violencia sexual futura.

Y.- Existe evidencia de que el individuo ha tenido una historia de violaciones serias de las condiciones impuestas estando bajo supervisión en la comunidad.

¿.- Posibilidad de que el individuo haya tenido una historia de violaciones serias de las condiciones estando bajo supervisión en la comunidad

N.- No existe evidencia de que de que el individuo haya tenido una historia de violaciones serias de las condiciones estando bajo supervisión en la comunidad.

Se entiende por *violaciones serias* aquellas que abarcan cualquier acto de violencia o violencia sexual, conducta criminal seria, fugas y quiebra de las condiciones técnicas resultantes de la descarga de cargos criminales.

OFENSAS SEXUALES

12.- Ofensas de alta densidad

El número de ofensas pasadas es uno de los factores más fiables asociados con la recidiva de violencia sexual entre agresores (en los correccionales o cárceles) y los pacientes forenses. Este factor es probablemente un indicador de riesgo que refleja la presencia de desviaciones sexuales y de actitudes que fomentan violencia sexual. Esta probablemente asociado con la probabilidad, frecuencia e inminencia de violencia sexual futura. La naturaleza de las ofensas anteriores puede estar asociada con la naturaleza de la violencia futura.

Y.- Existe evidencia de que el individuo ha cometido actos frecuentes de violencia sexual oportunista.

¿.- Posibilidad de que el individuo haya cometido actos frecuentes de violencia sexual oportunista.

N.- No existe evidencia de que de que el individuo haya cometido actos frecuentes de violencia sexual oportunista.

Frecuente quiere decir, actor múltiple en un periodo relativamente corto e incluye todo tipo de violencia sexual.

Oportunista se refiere a los actos cometidos cuando el individuo haya tenido una oportunidad, estando en la comunidad.

Es importante revisar todo tipo de datos y fuentes disponibles.

13.- Múltiples tipos de ofensas sexuales

Los individuos que han cometido múltiples tipos de ofensas sexuales tienen un riesgo mayor de recidiva. Los tipos de ofensas sexuales vienen determinados por la naturaleza de los actos. Este factor es un indicador de desviación sexual así como de actitudes que apoyan la violencia sexual.

Este factor está probablemente asociado con la probabilidad, frecuencia e inminencia de violencia sexual futura. También puede de cierta forma predecir la naturaleza y gravedad de cualquier violencia futura.

Y.- Existe evidencia de que el individuo ha cometido múltiples tipos de violencia sexual.

¿.- Posibilidad de que el individuo haya cometido múltiples tipos de violencia sexual.

N.- No existe evidencia de que de que el individuo haya cometido múltiples tipos de violencia sexual.

Múltiples tipos se refiere a que la historia de violencia sexual del individuo, abarca actos que varían en cuanto a la naturaleza y a la selección de la víctima. La naturaleza de la violencia sexual varía dependiendo del tipo y grado de contacto con las víctimas y de la naturaleza y grado de coerción utilizada. La selección de la víctima varía dependiendo de la edad, sexo y grado de familiaridad (conocida o extraña).

14.- Daño físico a las víctimas

No hay evidencia definitiva de que este factor sea predictivo de violencia sexual futura. Particularmente este factor es difícil de estudiar ya que los agresores que han cometido los actos de violencia sexual más seria y grave, están institucionalizados mucho más tiempo (o deberían estar) lo que hace difícil el seguimiento.

Este factor es un indicador que refleja la presencia de desviación sexual y posiblemente sadismo, así como actitudes que apoyan la violencia sexual. Está probablemente asociado con la probabilidad, frecuencia y severidad de violencia sexual futura.

Y.- Existe evidencia de que el individuo ha infringido daño físico, serio, a sus víctimas, en la comisión de actos de violencia.

¿.- Posibilidad de que el individuo haya infringido daño físico, serio, a sus víctimas, en la comisión de actos de violencia.

N.- No existe evidencia de que de que el individuo haya infringido daño físico, serio, a sus víctimas, en la comisión de actos de violencia.

Daño físico se refiere a que la víctima sufrió heridas corporales (quemaduras, cortes, cardenales...) como resultado de las acciones, tanto deliberadas como descuidadas, del individuo.

Serio se refiere a que el daño infringido haya necesitado atención médica o haya tenido resultados mortales.

15.- Uso de armas o amenazas en la comisión de las ofensas sexuales

No existe una evidencia clara de que este factor sea predictivo de violencia sexual ya que los individuos que utilizan armas están institucionalizados por periodos de tiempo más largo que los demás agresores sexuales.

Este factor es probablemente un indicador de riesgo de desviación sexual y posible sadismo sexual. Está asociado con la naturaleza, probabilidad, frecuencia y severidad de violencia sexual futura.

Y.- Existe evidencia de que el individuo ha utilizado armas o amenazas de muerte en la comisión de actos de violencia.

¿.- Posibilidad de que el individuo haya utilizado armas o amenazas de muerte en la comisión de actos de violencia

N.- No existe evidencia de que de que el individuo haya utilizado armas o amenazas de muerte en la comisión de actos de violencia.

Armas incluye: armas de fuego, navajas, palos, cuerdas o cualquier otro artefacto usado para amenazar o dañar a la víctima.

16.- Escalada en frecuencia o gravedad de las ofensas

Existe evidencia de que algunos individuos exhiben un patrón claro de escalada en violencia sexual. Escalada, sin embargo, puede estar solapado con otros ítems. Por ejemplo, escalada en frecuencia está reflejado en el ítem 12, y escalada en severidad, por el uso de violencia física y/o armas para el infringimiento de daño, en el ítem 14 y 15.

Sin embargo, el aspecto más significativo de este ítem es que captura la trayectoria en el tiempo de la violencia cometida por un individuo.

Este factor es un indicador que refleja la existencia de desviación sexual, sadismo sexual y actitudes que apoyan la violencia sexual. Está probablemente asociado con todas las facetas de riesgo, es decir, con la naturaleza, probabilidad, frecuencia, severidad e inminencia de violencia sexual futura.

Y.- Existe evidencia de que la historia de violencia sexual del individuo ha escalado en frecuencia y severidad a través del tiempo.

¿.- Posibilidad de que la historia de violencia sexual del individuo haya escalado en frecuencia y severidad a través del tiempo.

N.- No existe evidencia de que la historia de violencia sexual del individuo haya escalado en frecuencia y severidad a través del tiempo.

Escalada en frecuencia se refiere a que el individuo haya cometido más actos violentos recientemente que los que cometió en el pasado, teniendo en cuenta el tiempo de exposición (oportunidades de cometer estas ofensas).

Escalada en severidad se refiere a que en cuanto a actos anteriores, los actos cometidos por el individuo recientemente, conllevan contacto directo con las víctimas, daño físico serio y uso de armas o amenazas de muerte.

17.- Minimización o negación extrema de ofensas sexuales

Conviene subrayar, que los agresores sexuales, minimizan la seriedad de la violencia pasada, evitan responsabilidad personal por dicha violencia y, a menudo, niegan su implicación en dicha violencia.

Este factor, predice criminalidad general en agresores sexuales, aunque no existe evidencia clara de predicción de violencia sexual.

Este factor es un indicador de un trastorno de personalidad o de actitudes que apoyan la violencia sexual y está probablemente asociado con la probabilidad y/o frecuencia de la violencia sexual futura:

Y.- Existe evidencia de que el individuo ha estado envuelto en episodios de minimización extrema o negación de violencia sexual pasada.

¿.- Posible evidencia de que el individuo ha estado envuelto en episodios de minimización extrema o negación de violencia sexual pasada.

N.- No existe evidencia de que el individuo haya estado envuelto en episodios de minimización extrema o negación de violencia sexual pasada

Cabe resaltar que extrema minimización o negación, se refiere a que el individuo niega la mayoría o todos los actos de violencia sexual pasada, la responsabilidad por muchos de estos actos y/o niega las consecuencias graves de estos actos.

18.- Actitudes favorables o en contra de ofensas sexuales

Los individuos que se implican en conducta criminal frecuentemente se apoyan en actitudes socio-políticas, religiosas, culturales y sociales que respaldan su conducta.

Este factor solapa el ítem anterior (17) y no tenemos una evidencia clara de que este factor tenga una alta predicción con violencia sexual futura, pero si de que es un factor importante a la hora de hacer una evaluación clínica de riesgo.

Este factor puede estar casualmente relacionado con violencia sexual futura, de acuerdo a algunas teorías socio-psicológicas. Algunas actitudes pueden influenciar las decisiones tomadas por los individuos que cometen actos de violencia sexual, sin considerar la probabilidad, consecuencias y/o gravedad de daño a los demás.

Además, estas actitudes pueden ser un indicador de riesgo que refleje la presencia de una desviación sexual, un trastorno de la personalidad o, la extrema minimización o negación de ofensas sexuales pasadas.

Este factor está probablemente asociado con la probabilidad y frecuencia de violencia sexual futura; las actitudes específicas, estarán relacionadas con la naturaleza y gravedad de tal violencia.

Y.- Existe evidencia de que el individuo respalda actitudes que apoyan la violencia sexual.

¿.- Posible evidencia de que el individuo respalde actitudes que apoyan la violencia sexual.

N.- No existe evidencia de que el individuo respalde actitudes que apoyan la violencia sexual

PLANES FUTUROS

19.- Ausencia de Planes realistas

Los individuos que fracasan en concebir planes realistas seguros y plausibles para la puesta en libertad, tienen mayor riesgo de criminalidad y violencia, una vez puestos liberados.

Estos planes deberán ser apropiados a las necesidades del individuo e incluir objetivos como, lugar de residencia, empleo, relaciones familiares, relaciones con profesionales y agentes de correccionales.

Este factor está causalmente relacionado con violencia sexual futura. La falta de planes realistas conlleva estrés psicológico, que a su vez, puede derivar en un incremento de pensamientos sexuales elicitados por impulsos urgentes. Una pobre planificación puede estar asociada con un aumento en la probabilidad y frecuencia de violencia sexual futura, estando los problemas actuales asociados con la inminencia de esta violencia.

Y.- Existe evidencia de que el individuo ha fracasado al establecer y mantener planes realistas para el futuro.

¿.- Posibilidad de que el individuo haya fracasado al establecer y mantener planes realistas para el futuro.

N.- No existe evidencia de que el individuo haya fracasado al establecer y mantener planes realistas para el futuro.

Planes para el futuro se refiere a las intenciones del individuo de adaptarse a la comunidad

Realistas infiere que el individuo quiera desarrollar planes que sean explícitos, estables y razonables, de acuerdo a su historia, status actual y probabilidad de recibir apoyo social y profesional.

20.- Actitudes Negativas hacia el Tratamiento

Los individuos que rechazan la ayuda de los profesionales de salud mental o del correccional, o los que carecen de motivación para utilizar esta ayuda, tienen mayor riesgo de criminalidad y violencia.

Respecto a los agresores sexuales, existe evidencia de que el fracaso para recibir tratamiento, rechazo de tratamiento y discontinuidad del mismo, predice violencia sexual futura.

Las actitudes negativas hacia el tratamiento están causalmente relacionadas con violencia sexual futura. Estas actitudes pueden conducir a un apoyo profesional inadecuado, lo cual puede desembocar en : a) menor probabilidad de que la desviación sexual del individuo disminuya; b) mayor probabilidad de que el individuo experimente estrés psicológico o c) mayor probabilidad de que el individuo, una vez en la comunidad, se exponga a desestabilizadores como drogas o, acceso a las víctimas.

Las actitudes negativas están asociadas con una mayor probabilidad y frecuencia de violencia sexual futura y los problemas actuales de actitud con la inminencia de la violencia.

Y.- Existe evidencia de que el individuo tiene actitudes negativas hacia el tratamiento

¿.- Posibilidad de que el individuo tenga actitudes negativas hacia el tratamiento

N.- No existe evidencia de que el individuo tenga actitudes negativas hacia el tratamiento

Otras Consideraciones

Existen otros factores importantes que no están incluidos como el SVR 20 que incluyen pero no limitan a los siguientes:

- Trastorno mental agudo que no se ajuste al criterio de enfermedad mental grave, por ejemplo: trastorno de ajuste secundario a situaciones estresantes

- Pérdida reciente de la red de apoyo social, no atribuible a ruptura marital o a pérdida de empleo, por ejemplo: pérdida de contacto con la familia y amigos debido a un cambio de residencia o por conflicto interpersonal.

- Contacto frecuente con victimas potenciales que no sea el resultado de una falta de planes realistas o de una actitud pobre hacia el tratamiento, por ejemplo: empezar un trabajo en situaciones donde se preste servicio a gente vulnerable (jóvenes, viejos, discapacitados)

Y.- Evidencia de que un factor de riesgo específico importante exista.

¿.- Posibilidad de que un factor de riesgo específico importante exista

N.- No hay evidencia de que un factor de riesgo específico importante exista
Importante se refiere a que el factor de riesgo sea crucial para determinar la probabilidad de que el individuo cometa otro acto de violencia o para determinar la naturaleza, frecuencia, severidad e inminencia de dicho acto.

Caso específico se refiere a que el factor de riesgo no se adapte a la definición de los otros ítems del SVR 20.

Hoja de Codificación del SVR 20

Nombre: _____Edad _____

Periodo de evaluación: _____Cambio Reciente_____

Ajuste Psicosocial (N, ¿, Y)	**Presencia (+, 0, -)**	**cambio Reciente**
1. Desviación sexual		
2. Víctima de abuso infantil		

3. Psicopatía

4. Enfermedad mental grave

5. Uso de sustancia

6. Ideas suicidas u homicidas

7. Problemas relacionales

8. Problemas laborales

9. Violencia pasada no sexual

10. Ausencia de violencia pasada

11. Fracaso de supervisión previa

Ofensas Sexuales

12. Ofensas sexuales de alta densidad

13. Ofensas sexuales de múltiples tipos

14. Daño físico a la víctima en agresiones sexuales

15. Uso de armas o amenazas en agresiones sexuales

16. Escalada de frecuencia y severidad de agresiones sexuales

17. Minimización extrema o negación de ofensas sexuales

18. Actitudes favorables las ofensas sexuales

Planes Futuros

19. Ausencia de planes realistas

20. Actitudes negativas hacia el tratamiento

Otras consideraciones

<u>Sumario de las puntuaciones de riesgo</u>:

• **Riesgo de violencia sexual**	**Bajo**	**Moderado**	**Alto**
	( )	**( )**	**( )**

ANEXO 6

S. A. R. A.

SPOUSAL ASSAULT RISK ASSESSMENT GUIDE

P.Randall Kropp * Stephen D. Hart Christopher D. Webster *

Administración y codificación de la

GUÍA DE VALORACIÓN DE RIESGO DE ASALTO CONYUGAL

INTRODUCCIÓN

Los autores observaron que uno de los problemas más relevantes a la hora de determinar el riesgo planteado por uno de los cónyuges y elaborar un informe, se traducía por la falta de estructura empírica, sistematizada, estandarizada y clínicamente útil, para recoger, sopesar y establecer juicios de análisis de riesgo. Hasta la aparición del SARA, no existían unas pautas específicas para las evaluaciones de riesgo, o para la recogida de datos significativos ni para cómo y dónde conseguirlos.

El aumento de asaltos denunciados en los últimos años, la precariedad de los elementos de valoración de riesgo, y la demanda creciente de evaluaciones de riego en los casos de violencia doméstica impulsaron a la Comisión de Violencia Familiar, los Servicios de Psiquiatría y el Ministerio de Igualdad de las Mujeres del British Columbia Institute, a desarrollar una guía a la que llamaron SARA (Spousal Assault Risk Assessment).

DESARROLLO

El SARA, está siendo, desde 1995, de gran utilidad en ámbitos clínicos, forenses y correccionales. Los autores aplican el término "asalto conyugal" para referirse a la violencia acarreada en relaciones íntimas. La definición que utilizan de asalto conyugal es la de "cualquier acto o intento, o amenaza de daño físico, perpetrado por un hombre o una mujer hacia alguien con quien, el o ella, mantengan o hayan mantenido una relación íntima". Esta relación no está limitada a las parejas de matrimonios ni al género del que infringe la violencia, sin embargo, la mayoría de los comentarios de los autores en esta guía se refieren al asalto conyugal de la mujer a manos del hombre (maltratador).

El SARA se elaboró como una guía de evaluación, o "checklist", para asegurar que determinada información fuera considerada por los evaluadores a la hora de corroborar las opiniones de los profesionales y de predecir conductas de riesgo.

Hasta el desarrollo del SARA, el índice de riesgo se medía a partir de:

- la revisión de literatura existente en riesgo de violencia,
- factores de riesgo discriminativos de cónyuges violentos,
- índice de recidiva entre maltratadores,
- riesgo de violencia futura o /y potencial letalidad, y
- necesidad de alerta

Aunque estos datos parecían ser útiles a la hora de predecir cierto riesgo, los autores determinaron que no eran totalmente adecuados para emitir un juicio sobre riesgo de violencia en maltratadores por lo que intentaron aislar unos factores de riesgo que fueran significativos de características, rasgos o incidentes (en vez de actos específicos y aislados), con los que desarrollaron el SARA.

El SARA, como se mencionó anteriormente, tiene aplicación en distintos ámbitos y contextos, como:

- pre-juicio (en arrestos por delitos de violencia doméstica)
- pre-sentencia (cuando el caso está listo para sentencia)
- en el ámbito correccional (ingreso y alta)
- asuntos de justicia civil (violencia familiar, separación, divorcio, custodia...)
- en caso de necesidad de alerta (prevención de conducta peligrosa).

FORMATO

La guía consta de una lista de factores de riesgo de asalto conyugal, compuesta de 20 ítems individuales. No es un test ni una escala, en el sentido amplio de la palabra, ya que no podemos inferir medidas de riesgo absolutas o relativas utilizando medidas de corte.

Los 20 ítems están organizados alrededor de cuatro ejes:

- **Antecedentes criminales:** la historia criminal del individuo aunque no esté relacionada con asalto conyugal, aumenta el riesgo de recidiva del mismo.

- **Ajuste Psicosocial:** refleja observaciones basadas en desajustes sociales recientes o pasados como vinculados a la violencia

- **Antecedentes de Asalto Conyugal:** incluye 7 ítems relacionados con asalto conyugal. Los 4 primeros se refieren a la naturaleza y gravedad de los asaltos previos. Los 3 siguientes se refieren a actitudes que acompañan a los asaltos, y, a las ordenes restrictivas.

- **Sumario de la ofensa:** comprende la severidad, el uso de armas letales y la violación de ordenes restrictivas.

- **Otras consideraciones:** no contiene ítems específicos sino que permite al evaluador incluir los ítems que considere relevantes para cada caso particular.

EVALUACIÓN

Como en otras escalas de estos autores, se recomienda una revisión extensa de todo dato disponible. No se recomienda hacer una evaluación hasta no tener la certeza de haber extinguido todas las fuentes de referencia. Además de revisar los datos disponibles y los contactos con fuentes colaterales, se recomienda efectuar una entrevista, estructurada o semi-estructurada con el maltratador y la víctima, en la que se cubrirán las áreas siguientes:

- abuso o negligencia infantil (ítem 6)
- historia social y ocupacional (ítem 5)
- relaciones interpersonales (ítem 4)
- antecedentes de salud física y mental (ítem 7 a 10)
- estado mental actual (ítem 7 a 10)
- antecedentes de conducta agresiva (ítem 1, 2 y de 11 a 20)
- antecedentes criminales (ítem 1,3 y de 11 a 20)
- estresores actuales (otras consideraciones)
- red de apoyo social (ítem 4 y otras consideraciones)

Dentro de la clasificación estos ítems podemos observar un carácter más o menos estático o dinámico que de acuerdo a los autores demarcará el tipo de estrategias más adecuadas en cuanto a supervisión y tratamiento (tabla 1).

CODIFICACIÓN

El SARA no se evalúa como la mayoría de los tests psicológicos sino que se emiten tres tipos de juicios:

- **Presencia o ausencia de los ítems**

  0= ausencia

  1= presencia moderada o límite

  2= presencia

- **Presencia de ítems críticos** que por sí solos compelen a determinar la inminencia de riesgo sin requerir una codificación linear de factores de riesgo. En ausencia de ítems críticos el riesgo aumentará a medida que aumenta la puntuación de los ítems presentes en el apartado anterior. La codificación de los factores críticos se adjudica al criterio clínico, de acuerdo a los casos específicos, los antecedentes del evaluado y las circunstancias actuales.

- **Sumario de los juicios de riesgo** en cuanto a inminencia de riesgo para el cónyuge o para una tercera persona identificable.

  1= riesgo bajo

  2= riesgo moderado

  3= riesgo alto

DESCRIPCIÓN Y CODIFICACIÓN DE LOS ÍTEMS

ANTECEDENTES CRIMINALES

#1: Asalto previo a familiares

Los individuos con antecedentes violentos tienen un nivel de riesgo más alto de involucrarse en actos violentos que los que no tienen estos antecedentes. Algunos individuos actúan violentamente sólo con sus familiares y de una manera repetitiva. Los maltratadores que tienen antecedentes de violencia física y sexual con familiares tienen un mayor riesgo de recidivismo y violencia

2	**Previo asalto o intento de asalto a familiares**
1	**Previa amenaza de asalto a familiares**
0	**No existe evidencia de asalto previo, intento de asalto o amenaza de asalto a familiares**

#2: Asalto previo a conocidos o a extraños

Los individuos con antecedentes violentos tienen un nivel de riesgo alto de abusar a sus cónyuges. Los individuos violentos, generalmente se involucran

en situaciones más graves y frecuentes de violencia conyugal que los maltratadores que no tienen antecedentes violentos al margen de la pareja.

2	**Asalto previo o intento de asalto a conocidos o a extraños**
1	**Amenaza previa de asalto a conocidos o a extraños**
0	**No existe evidencia de asalto, intento o amenaza de asalto, previo, a conocidos o a extraños**

#3: Previa violación de libertad condicional o supervisión en la comunidad

Los individuos que han violado los términos de libertad condicional tienen más probabilidades de reofender que otros agresores.

2	**Previo *arresto* por violación de la libertad condicional o de la supervisión en la comunidad**
1	**Previa *violación* de la libertad condicional o de la supervisión en la comunidad**
0	**No existe evidencia de previa violación de la libertad condicional o de la supervisión en la comunidad**

AJUSTE PSICOSOCIAL

#4: Problemas relacionales recientes

Los agresores con problemas de inestabilidad en las relaciones íntimas, tienden a tener antecedentes criminales con una historia de agresiones violentas y frecuentes, y presentan, en general, un riesgo más alto de recidivismo.

Respecto a maltratadores, el riesgo es mayor si:

1. El hombre vive con su pareja pero ésta quiere romper la relación

2. La pareja está separada pero el hombre quiere reiniciar la relación

3. Existencia de separación súbita o reciente

A un nivel más general, el maltratador tiene una ausencia clara de habilidades de comunicación interpersonales.

2	**Separación o conflicto grave con la pareja en el último año**
1	**Conflicto moderado con la pareja en el último año**
0	**No existe evidencia de cambios en el estado marital. Conflicto mínimo o inexistente con la pareja en el último año**

#5: Problemas laborales recientes

El desempleo está asociado con un aumento del riesgo de reincidencia en general y los agresores desempleados tienen una mayor probabilidad de reincidir violentamente. El nivel económico bajo y las preocupaciones económicas, así como los cambios de estatus laboral, pérdida de empleo (despido o baja) son también un factor de riesgo de asalto conyugal y de incremento de violencia en general.

2	**Desempleado con antecedentes de empleo inestable en el último año**
1	**Desempleado con antecedentes de empleo estable en el último año o empleado con antecedentes de empleo inestable en el último año**
0	**Empleado con antecedentes de empleo estable en el último año**

#6: Víctima o testigo de violencia familiar en la infancia o adolescencia

Existe una relación importante entre victimización infantil y criminalidad en general. El haber sido victimizado o haber presenciado violencia de niño o de adolescente , no sólo aumenta la probabilidad de violencia hacia la pareja en edad adulta, sino también la probabilidad de reincidencia. La probabilidad de riesgo será mayor sí estas dos variantes co-existen, es decir , si el individuo ha sido no sólo testigo sino también víctima de violencia.

2	**Victima o testigo de violencia familiar *frecuente* en la infancia o adolescencia**
1	**Victima o testigo de violencia familiar *infrecuente* en la infancia o adolescencia**
0	**Jamás ha sido victima o testigo de violencia familiar**

7#: Abuso reciente o dependencia de sustancias

Uso o abuso de sustancia correlaciona con criminalidad y recidivismo en general. Los agresores con antecedentes violentos, violencia familiar o maltrato conyugal, hacen uso de sustancias más frecuentemente que los que no tienen antecedentes violentos. Cabe resaltar que la personalidad del maltratador es consistente con conductas de abuso de sustancias.

2	**Abuso o dependencia *seria* durante el último año**
1	**Abuso o dependencia moderada durante el último año**
0	**No existe evidencia de abuso o dependencia durante el último año**

Seria se refiere a que el uso de cualquier sustancia haya alterado la salud o nivel funcional del individuo. La severidad se puntúa independientemente de que el individuo recibiera tratamiento o no.

#8: Ideación suicida u homicida reciente

La relación entre ideación homicida y riesgo de violencia es obvia. Aunque esta relación no es tan obvia entre violencia e ideación suicida, sí existe una relación entre estados críticos y situaciones desesperadas, y conducta violenta hacia otros. Los hombres que matan a sus parejas, a menudo refieren haber tenido ideas suicidas antes de cometer su agresión. De hecho no es infrecuente que algunos de estos hombres cometan suicidio después del homicidio.

2	**Ideación suicida u homicida, seria, durante el último año**
1	**Ideación suicida u homicida, moderada, durante el último año**
0	**No existe indicio de ideación suicida u homicida durante el último año**

Seria *se refiere a que el individuo la perciba como intrusiva, persistente, que incluya métodos altamente letales o que el intento sea moderado o alto.*

#9: síntomas psicóticos o maniacos, recientes

Existe una correlación obviamente positiva entre síntomas psicóticos y violencia previa. Sin embargo, la probabilidad de recidivismo disminuye cuando los síntomas son tratados. Los síntomas psicóticos como verbalizaciones desorganizadas o ilógicas, delusiones, alucinaciones y conducta extraña, y los síntomas maniacos euforia extrema, grandiosidad, ideas galopantes e hiperactividad motora, se asocian con un aumento de la probabilidad de riesgo de violencia, a corto plazo.

2	**Síntoma psicóticos serios durante el último año**
1	**Síntoma psicóticos moderados durante el último año**
0	**No existe evidencia de síntoma psicóticos durante el último año**

#10: Trastorno de la personalidad acompañada de ira, impulsividad o inestabilidad conductual

Los trastornos de personalidad se asocian frecuentemente con colectivos de agresores, especialmente los trastornos caracterizados por ira, impulsividad e inestabilidad conductual (personalidad antisocial/psicopática, límite, narcisista, histriónica). Están también asociados con un índice más elevado de riesgo de violencia criminal y recidivismo en general.

Este ítem se debe codificar en base a evaluaciones y diagnósticos anteriores, o en su defecto con la asistencia de un especialista en salud mental (psicólogo o psiquiatra).

2	**Trastorno de personalidad caracterizado por problemas *serios* de ira, impulsividad o inestabilidad conductual**
1	**Trastorno de personalidad caracterizado por problemas moderados de ira, impulsividad o inestabilidad conductual**
0	**No existe indicio de trastorno de personalidad caracterizado,**

Serio se refiere a que a raíz de estos síntomas el individuo:

A. ha recibido o necesitado tratamiento en régimen interno o externo en un hospital,

B. los síntomas le hayan desencadenado una disfunción a nivel social

C. haya tenido una puntuación igual o mayor a 25 en el PCL-R o igual o mayor a 15 en el PCL:SV.

Moderado se refiere a que los síntomas no hayan necesitado tratamiento y la disfunción a nivel social haya sido moderada o leve.

ANTECEDENTES DE ASALTO CONYUGAL

#11: Asalto físico previo

Los individuos que hayan exhibido conductas de asalto en relaciones íntimas pasadas o en las actuales plantean un riesgo mayor de reincidencia.
El asalto físico se refiere al ataque o amenaza, con o sin arma, pero excluye el asalto sexual.

2	**Asalto físico a su pareja actual o previa**
1	**Intento de asalto físico a su pareja actual o previa**
0	**No existe indicio de asalto físico a su pareja actual o previa**

#12:Asalto sexual previo /celotipia

Las tipologías de maltratadores nos indican que los patrones conductuales de asalto sexual graves conllevan muy frecuentemente la existencia de celotipia extrema. Los individuos que han asaltado sexualmente a sus parejas o han demostrado unos celos sexuales exagerados están mas inclinados a reincidir violentamente.

2	**Asalto sexual a su pareja actual o previa o asalto físico provocado por un episodio *serio* de celos sexuales**
1	**Intento de asalto sexual a su pareja actual o previa o antecedentes serios de celos sexuales**
0	**No existe evidencia de asalto sexual a su pareja actual o previa ni antecedentes serios de celos sexuales**

Asalto sexual incluye asalto con arma pero excluye amenazas.

Serio se refiere a que los celos han sido el foco de tratamiento psiquiátrico previo o son los desencadenantes de alteraciones funcionales a nivel social.

#13: Uso previo de armas o amenazas mortales verosímiles

Aquellos individuos que han utilizado un arma previamente en el asalto a su pareja o que han amenazado con utilizar un arma en el futuro plantean un riesgo alto de violencia y recidivismo. La agresión verbal o amenazas en matrimonios nuevos parece ser un precursor de violencia.

2	**Uso previo de armas o amenazas mortales verosímiles**
1	**Amenazas de uso de armas o amenazas verosímiles de causar daño corporal**
0	**No existe evidencia de uso previo de armas o amenazas verosímiles de daño corporal**

El uso de armas incluye, arma de fuego, arma blanca, objetos utilizados como porras.

Verosímil se refiere a que la víctima lo perciba como creíble.

Amenazas sutiles se codificarán como amenazas de daño corporal serio.

#14: Escalada reciente en frecuencia y severidad de los asaltos

Es bien sabido que el ciclo de violencia de pareja está caracterizado por unos patrones conductuales entre los cónyuges . La escalada reciente en frecuencia y gravedad de los asaltos está relacionada con un peligro inminente de recidiva. Se aconseja revisar todos los datos que sean relevantes de los patrones de violencia, de la pareja en cuestión.

2	**Escalada evidente en frecuencia y gravedad de la conducta de asalto durante el último año.**
1	**Posible escalada en frecuencia y gravedad de la conducta de asalto durante el último año.**
0	**No existe evidencia de escalada en frecuencia y gravedad de la conducta de asalto durante el último año.**

#15: Violaciones previas de ordenes restrictivas

Las violaciones previas de ordenes restrictivas están asociadas con recidivismo en general. Aunque no existe evidencia directa en este hecho, sí que se ha constatado, en la clínica, que los maltratadores que han violado previamente una orden de alejamiento, plantean un riesgo mayor de recidivismo.

2	**Arrestos previos por violación de ordenes restrictivas**
1	**Previas violaciones de ordenes restrictivas que no concluyeron en arresto**
0	**No existe evidencia de violaciones previas de ordenes restrictivas o existencia de ordenes restrictivas**

#16: Minimización o negación extrema de antecedentes de asalto conyugal

La mayoría de los agresores niegan o minimizan sus conductas antisociales. De la misma manera la negación y minimización de los maltratadotes están asociadas con la falta de voluntad intencionada de desistir en tal conducta y por lo tanto con un aumento del riesgo de recidiva violenta.

2	**Minimización extrema o negación de conducta de asalto previa a pesar de la existencia de evidencia contraria a ello en uno o más de los siguientes puntos:** **A. el individuo niega muchos o todos los asaltos previos** **B. el individuo niega su responsabilidad personal por la mayoría o por todos los asaltos previos, culpando a la víctima** **C. el individuo niega las consecuencias serias de la mayoría o de todos los asaltos (por ejemplo, mantiene que la víctima no sufrió lesiones físicas)**
1	**Minimización moderada o negación de conducta de asalto previa a pesar de la existencia de evidencia contraria a ello en uno o más de los siguientes puntos:** **a) el individuo niega muchos de los asaltos previos pero admite algunos** **b) el individuo niega su responsabilidad personal por algunos de los asaltos previos, culpando a la víctima, pero acepta la responsabilidad por otros** **c) el individuo niega las consecuencias serias de alguno de los asaltos (por ejemplo, mantiene que la víctima no sufrió lesiones físicas) pero acepta las consecuencias de otros asaltos.**
0	**Discrepancia mínima o inexistente entre el relato de los hechos que da el individuo y los hechos documentados.**

#17: Actitudes a favor del asalto conyugal

Las actitudes dictadas por creencias o valores plantean diferencias entre los hombres que han asaltado a sus cónyuges y a los que no lo han hecho. Una de las características comunes a estas actitudes es el acuerdo o desacuerdo con asalto conyugal que se traduce en alentar o disuadir implícita o explícitamente

a) el patriarcado,

b) la misoginia,

c) el uso de violencia en resolución de conflictos.

Tales actitudes, frecuentemente, coexisten con minimización y negación de asalto conyugal y están asociadas con un incremento de reincidencia violenta. Posiblemente, explican los autores, las actitudes rígidas de los roles sexuales son indicadores de violencia conyugal.

2	**Respalda explícitamente las actitudes a favor del asalto conyugal**
1	**Posible respaldo implícito de las actitudes a favor del asalto conyugal**
0	**No existe evidencia de actitudes a favor del asalto conyugal**

#18: Asalto físico y/ o sexual

Ambos asociados con un mayor riesgo de violencia futura. Este ítem se codifica sólo por el índice de violencia en el sumario de la ofensa.

2	**Violencia severa y/o sexual en el sumario de ofensas**
1	**Violencia moderada en el sumario de ofensas**
0	**No existe evidencia de violencia física o sexual en el sumario de ofensas**

Violencia severa se refiere a que la víctima haya sufrido lesiones físicas serias que hayan requerido atención médica.

#19: Uso de armas o amenazas verosímiles

El uso de armas y amenazas de muerte con intención de causar miedo a la víctima están asociadas con un aumento de violencia futura.

Este ítem debe codificarse solamente considerando el sumario de ofensas.

2	**Uso de arma o amenaza de muerte verosímil en el sumario de ofensas**
1	**Amenaza de usar un arma o amenaza de muerte verosímil en el sumario de ofensas**
0	**No existe evidencia del uso de arma o amenaza de uso de arma o amenaza de muerte verosímil en el sumario de ofensas**

El uso de armas incluye, arma de fuego, arma blanca, objetos utilizados como porras.

Verosímil se refiere a que la víctima lo perciba como tal.

Amenazas sutiles se codificarán como amenazas de daño corporal serio.

#20: Violación de ordenes restrictivas

Las violaciones previas de ordenes restrictivas están asociadas con recidivismo en general. Este ítem se debe codificar, solamente, en relación al sumario de la ofensa. No confundir este ítem con el ítem 15 de los factores estáticos (antecedentes).

2	**El sumario de ofensas incluye *arresto* por violación de ordenes restrictivas en sentencias civiles o criminales**
1	**El sumario de ofensas incluye *violación* de ordenes restrictivas en sentencias civiles o criminales**
0	**el sumario de ofensas *NO* incluye violación de ordenes restrictivas en sentencias criminales, o el individuo nunca tuvo tal orden.**

OTRAS CONSIDERACIONES

- Crisis emocionales presentes específicamente las que hayan requerido tratamiento psiquiátrico aunque sin síntomas psicóticos o maníacos (estos ya se codifican en el ítem 9).

- Antecedentes de haber torturado o desfigurado a una pareja íntima

- Sadismo sexual

- Acceso libre a armas de fuego como pistolas, rifles, escopetas. Este ítem se refiere a la accesibilidad directa del individuo con las armas de fuego. Es decir si las tiene en su casa, o en el trabajo, o en un lugar cercano. El riesgo será doblemente mayor si: a) el individuo manifiesta ideas suicidas u homicidas; b) el individuo ha utilizado un arma de fuego en el pasado; c)el individuo ha amenazado con utilizar un arma de fuego; o el individuo ha adquirido un arma de fuego recientemente.

- Acecho o antecedentes de acoso e intimidación permanente a su pareja en el pasado o actualmente. El acecho generalmente implica destrucción de alguna propiedad de la víctima, amenazas vagas hacia ella o sus amigos/as o familiares y vigilancia.

- Perdida reciente de apoyo social

Tabla 1. Estrategias de manejo del riesgo asociado con los ítems del SARA

Ítems	**Naturaleza**	**Intervención**
1,2,3,15,20	Estáticos	-Supervisión intensiva
10,16,17	Principalmente estáticos	-Supervisión intensiva (estática) -Terapia individual a largo plazo (dinámica) -Terapia de grupo (dinámica) -psico-educación (dinámica)
4,5	Estáticos y/o dinámicos	-Tratamiento interpersonal en grupo o individual (estático) -Orientación legal (dinámico) -Orientación vocacional
7	Dinámico	-Obligatorio, abstinencia, toxicología -Tratamiento de drogas o alcohol
8,9	Dinámico	-Intervención en crisis -Hospitalización -Medicación psicotrópica -Restricción obligatoria de armas

HOJA DE CODIFICACIÓN

NOMBRE:

		(0-1-2)	ítem crítico
ANTECEDENTES CRIMINALES			
1.	Asaltos previos a familiares	{ }	{ }
2.	Asaltos previos a conocidos o a extraños	{ }	{ }
3.	Previa violación de libertad condicional o	{ }	{ }
4.	Supervisión en la comunidad	{ }	{ }
AJUSTE PSICOSOCIAL			
1.	Problemas relacionales reciente	{ }	{ }
2.	Problemas laborales recientes	{ }	{ }
3.	Víctima o testigo de violencia familiar en la infancia o adolescencia	{ }	{ }
4.	Abuso/dependencia reciente de sustancias	{ }	{ }
5.	Ideación suicida u homicida reciente	{ }	{ }
6.	Síntomas psicóticos o maniacos recientes	{ }	{ }
7.	Trastorno de la personalidad acompañado de ira, impulsividad o inestabilidad conductual	{ }	{ }
ANTECEDENTES DE ASALTO CONYUGAL (pasados)			
1.	Asalto físico previo	{ }	{ }
2.	Asalto sexual previo (celotipia)	{ }	{ }
3.	Previo uso de armas o amenazas verosímiles	{ }	{ }
4.	Escalada reciente en frecuencia y severidad de los asaltos	{ }	{ }
5.	Violaciones previas de ordenes restrictivas	{ }	{ }
6.	Minimización o negación extrema de antecedentes de asalto conyugal	{ }	{ }
7.	Actitudes a favor de asalto conyugal	{ }	{ }
OFENSA ACTUAL (presente)			
1.	Asalto físico severo o asalto sexual	{ }	{ }
2.	Uso de armas o amenazas de muerte verosímiles	{ }	{ }
3.	Violación de ordenes restrictivas	{ }	{ }
OTRAS CONSIDERACIONES (nombrar)			
	*----------	{ }	{ }
	*----------	{ }	{ }
	*----------	{ }	{ }

SUMARIO DE LAS PUNTUACIONES DE RIESGO		
1.Riesgo inminente de violencia hacia la pareja	{ }	{ }
2.Riesgo inminente de violencia hacia otros	{ }	{ }
Especificar----------		

ANEXO. 7

CAPACIDAD PROCESAL. EXPLORACIÓN PSÍQUICA.

EVALUACIÓN DE UN CASO

A- ELEMENTOS GENERALES

- **SENSO-PERCEPCIÓN**
- Normal
- Refiere alteraciones Detallar:

- **NIVEL DE CONCIENCIA**

DEFICIENCIA O DETERIORO

OPTIMO LEVE MODERADO GRAVE COMA

- **ORIENTACIÓN AUTOPSÍQUICA**

DEFICIENCIA O DETERIORO

OPTIMO LEVE MODERADO GRAVE INEXPLORABLE

- **ORIENTACIÓN ALOPSÍQUICA**

DEFICIENCIA O DETERIORO

OPTIMO LEVE MODERADO GRAVE INEXPLORABLE

- **RAPPORT**

DEFICIENCIA O DETERIORO

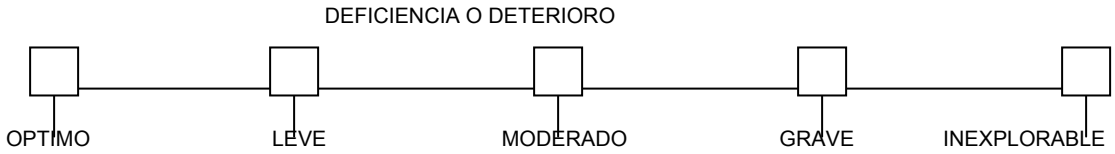
OPTIMO LEVE MODERADO GRAVE INEXPLORABLE

- **INTELIGENCIA GLOBAL POR APRECIACIÓN CLÍNICA**

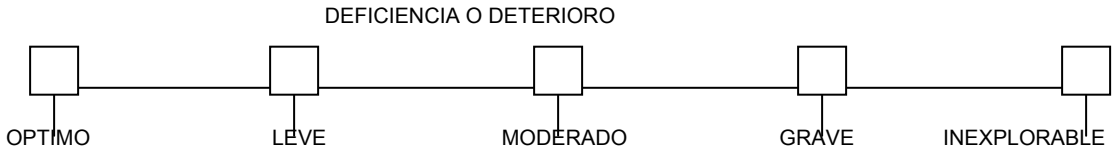
DEFICIENCIA O DETERIORO

OPTIMO LEVE MODERADO GRAVE INEXPLORABLE

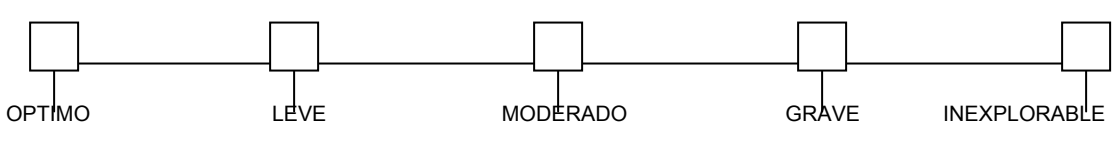
- **CAPACIDAD DE ABSTRACCIÓN**



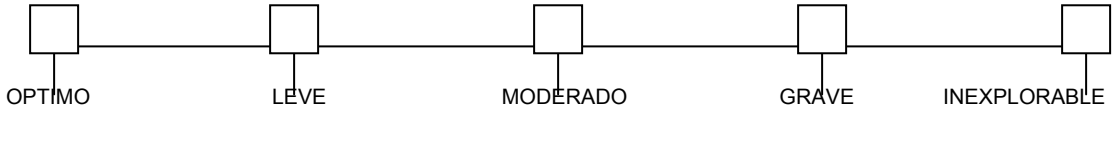
- **FLUENCIA DE IDEAS**



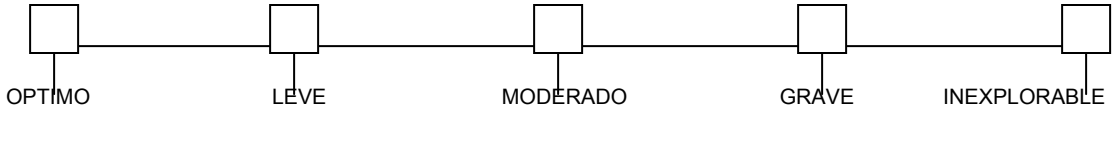
- **COMPRENSIÓN Y JUICIO CRÍTICO (razonamiento informal)**



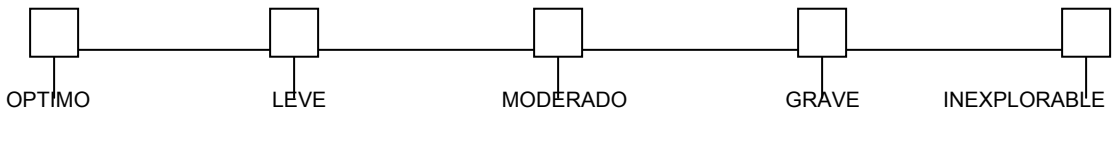
- **CAPACIDAD DENOMINATIVA**



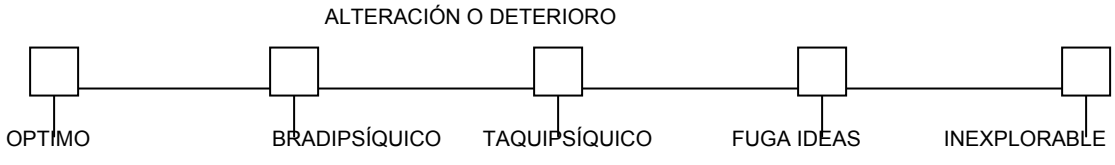
- **NIVEL DE INFORMACIÓN**



- **CÁLCULO (MANEJO DEL DINERO)**



- **CURSO DEL PENSAMIENTO**



- **CONTENIDO DEL PENSAMIENTO**

Normal	
Ideación obsesiva	
Ideación sobrevalorada	
Delirio primario	
Delirio secundario	
Robo o difusión del pensamiento	
Incoherencia.	

- **LENGUAJE**

Normal	
Solo responde a preguntas // mutismo	
Circunstancial	
Extravagante // Neologismos	
Alteraciones sintácticas o semánticas	
Afasia	
Dislalia o alteraciones prosódicas	

- **LECTO-ESCRITURA:**

- **MEMORIA EVOCATIVA**

DEFICIENCIA O DETERIORO

OPTIMO LEVE MODERADO GRAVE INEXPLORABLE

- **MEMORIA DE TRABAJO**

DEFICIENCIA O DETERIORO

OPTIMO LEVE MODERADO GRAVE INEXPLORABLE

- **MEMORIA DE FIJACIÓN**

DEFICIENCIA O DETERIORO

OPTIMO LEVE MODERADO GRAVE INEXPLORABLE

- **ESTADO DE ÁNIMO**

ALTERACIÓN

EUTÍMICO DEPRESIVO SEVERO DEPRESIVO LIGERO EUFÓRICO EXALTADO DISF

- **AFECTIVIDAD**
  - Congruente con el estado anímico.....
  - Incongruente.....

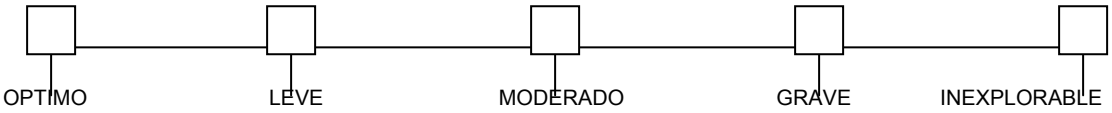
- Apatía o abulia.....

- **TOLERANCIA A LA FRUSTRACIÓN**
  - En la normalidad.....
  - Deficiente.....

- **OTROS RASGOS DE PERSONALIDAD:**

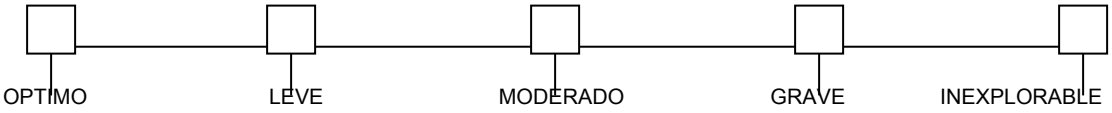
- **ATENCIÓN**

DEFICIENCIA O DETERIORO (DISTRAIBILIDAD)



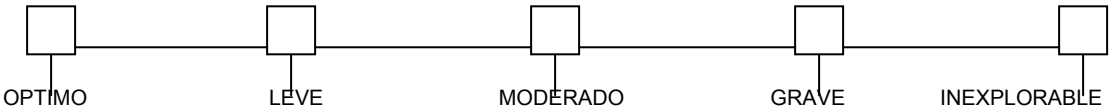
- **INHIBICIÓN (ADECUACIÓN PAUTAS / CONCIENCIA SOCIAL)**

DESINHIBICIÓN

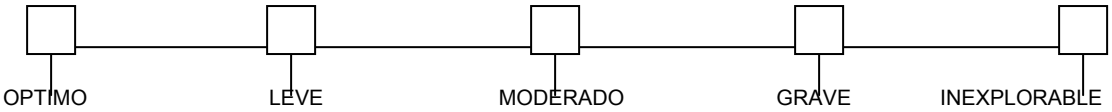


- **ESPONTANEIDAD**

DEFICIENCIA O DETERIORO



- **CONDUCTA ESTERIOTIPADA Y PERSEVERANTE**



- **PRAXIA CONSTRUCTIVA**
  - En la normalidad.....
  - Deficiente.....

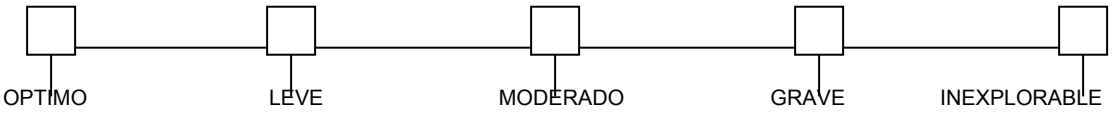
- **PRAXIA IDEO-MOTORA**
  - En la normalidad.....
  - Deficiente.....

- **ESTABILIDAD EMOCIONAL POR APRECIACIÓN CLÍNICA**
  - En la normalidad.....
  - Deficiente.....

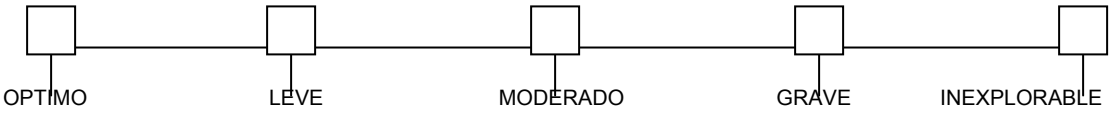
- **CONTROL DE IMPULSOS**
  - En la normalidad.....
  - Deficiente.....

B- ELEMENTOS ESPECÍFICOS

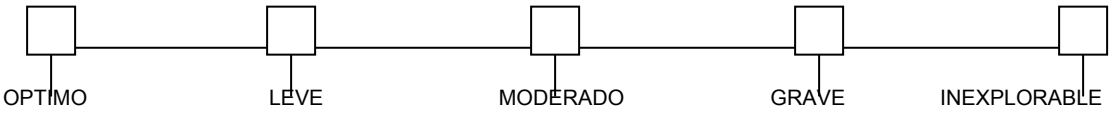
- **COMPRENDE LA SITUACIÓN EN LA QUE SE ENCUENTRA Y SUS CONSECUENCIAS?**



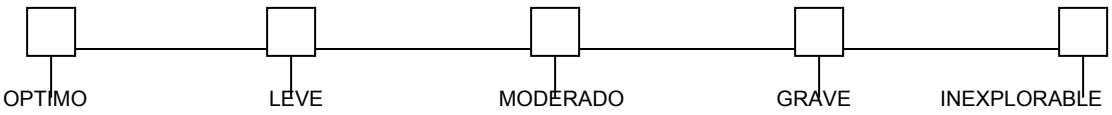
- **COMPRENDE LAS PREGUNTAS QUE LE SON FORMULADAS?**



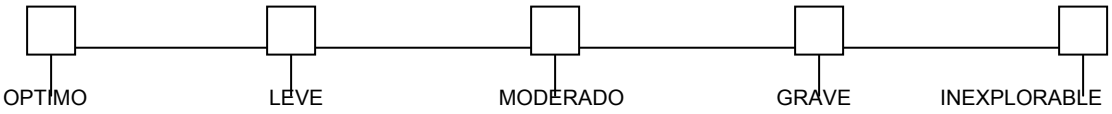
- **COMPRENDE LA ILICITUD DE LOS HECHOS QUE SE LE IMPUTAN?**



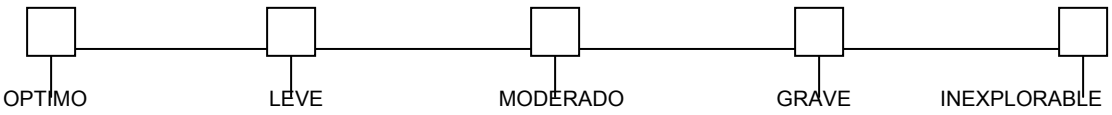
- **COMPRENDE LA DIFERENCIA ENTRE UN ALEGATO DE CULPABILIDAD Y OTRO DE INOCENCIA?**



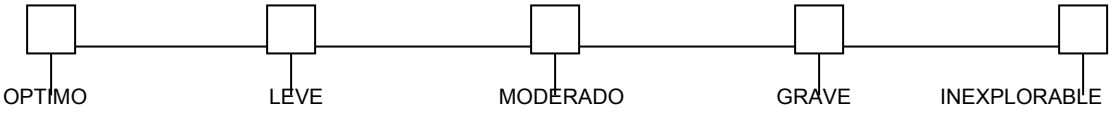
- **PUEDE SEGUIR LAS EVIDENCIAS DEL JUICIO?**



- **PUEDE HACER USO DE SUS DERECHOS PROCESALES?**



- **PUEDE INSTRUIR A SUS REPRESENATNTES LEGALES?**



ANEXO 8

VALORACIÓN DE LA CREDIBILIDAD DEL TESTIMONIO BASADO EN CRITERIOS (Steller y Köhnken, l989)

EVALUACIÓN DE UN CASO

	0	1	2
Características generales: 1. Estructura lógica. 2. Elaboración inestructurada. 3. Cantidad de detalles.			
Contenidos específicos 4. Incardinación en contexto. 5. Descripción de interacciones. 6. Reproducción de conversaciones. 7. Complicaciones inesperadas durante el incidente.			
Peculiaridades del contenido: 8. Detalles inusuales. 9. Detalles superfluos. 10. Incomprensión de detalles relatados con precisión. 11. Asociaciones externas relacionadas. 12. Alusiones al estado mental subjetivo. 13. Atribuciones al estado mental del agresor.			
Contenidos relacionados con la motivación 14. Correcciones espontáneas. 15. Admisión de falta de memoria, 16. Plantear dudas sobre el propio testimonio. 17. Autodesaprobación. 18. Perdón al autor del delito.			
Elementos específicos de la ofensa: 19. Detalles característicos de la agresión.			
TOTAL			

Los criterios de validez son 11, incluidos en cuatro categorías:

Características psicológicas

- Adecuación del lenguaje
- Adecuación del afecto
- Susceptibilidad a la sugestión

Características de la entrevista

- Preguntas sugestivas o directivas
- Adecuación global de la entrevista

Motivación para informar en falso

- Motivos para denunciar
- Contexto de la revelación o informe original
- Presiones para informar en falso

Cuestiones de investigación

- Consistencia con las leyes de la naturaleza
- Consistencia con otras declaraciones
- Consistencia con otras evidencias.

ANEXO 9.

INFORMES PERICIALES PSICOLÓGICOS. INFORME CLÍNICO

VALORACIÓN DE DOS INFORMES PERICIALES.

INFORME A

INFORME PERICIAL PSICOLÓGICO

INDICE:

1. IDENTIFICACIÓN.

   Identificación de los peritos.

   Datos de filiación del peritado.

   Juzgado de procedencia y número de expediente.

2. OBJETIVO DEL INFORME PERICIAL.

3. METODOLOGÍA.

   Entrevistas y observaciones.

   Pruebas psicodiagnósticas.

   A) Evaluación neuropsicológica. MMSE (Mini examen cognoscitivo)

   B) Screening psicopatológico. SCL-90-R (Listado para el chequeo de síntomas).

   C) Evaluación clínicas de la personalidad.

   - MCMI-II (Inventario clínico multiaxial de Millon).

   - MMPI-2 (Inventario Multifásico de personalidad de Minnesota).

   D) Evaluación del consumo de sustancias tóxicas. A.S.I.

   E) Documentación examinada.

4. ANÁLISIS DESCRIPTIVO Y/O EXPLORACIÓN PSICOLÓGICA.

   - Datos sociodemográficos.

   - Situación actual.

   - Análisis funcional de los problemas enumerados previamente.

   - Adquisición y/o desarrollo de los problemas analizados previamente en los análisis funcionales.

   - Análisis histórico de la vida del sujeto.

   - Resumen de los factores de predisposición (vulnerabilidad).

- Exploración de otras áreas de interés.

5. Exploración psicopatológica del peritado.

   5.1 Entrevistas

   5.2. Resultados de las pruebas complementarias.

6. Impresión diagnóstica en los 5 ejes.

7. FORMULACIÓN FORENSE.

   - Modelo psicopatológico.

   - Contraste de hipótesis.

   - Discusión forense.

      -Sobre la psicopatología detectada en el señor D. Francisco.

      - Sobre la estructura de personalidad del peritado.

      - Sobre la relación entre los presuntos hechos delictivos cometidos por D. Francisco y la psicopatología detectada.

      - Sobre las posibilidades de tratamiento y pronóstico.

8. CONCLUSIONES.

9. BIBLIOGRAFIA

1. IDENTIFICACIÓN

IDENTIFICACIÓN DE LOS PERITOS:

Dña. WWWWWW
Licenciada en Psicología por la Universidad de Granada.
Master en Psicología Clínica, Legal y Forense por la Universidad Complutense de Madrid

Dn.))))))))))))
Licenciado en Psicología por la Universidad de Sevilla.

Master en Psicología Clínica, Legal y Forense por la Universidad Complutense de Madrid

DATOS DE FILIACIÓN DEL PERITADO

Apellidos y nombre: FJGC

Lugar de nacimiento: Cádiz

Fecha de nacimiento: 8/08/1983

Edad: 19 años

Situación legal actual: Acusado de delito contra la salud pública por tráfico de drogas (hachís). A la espera de juicio.

JUZGADO DE PROCEDENCIA Y NÚMERO DE EXPEDIENTE

- Juzgado de Instrucción nº
- Número de expediente:

2. OBJETIVO DEL INFORME PERICIAL

Realizar una exploración y valoración psicológica sobre D. FJGC, a petición de su abogado defensor, en busca de elementos que determinen el estado de salud mental del peritado en relación al delito de tráfico de drogas del que está acusada en el momento actual.

3. METODOLOGÍA

Para la emisión del presente informe pericial psicológico se han realizado las siguientes entrevistas, observaciones y pruebas psicodiagnósticas complementarias:

3.1 *ENTREVISTAS Y OBSERVACIONES:*

- *Entrevista clínica semiestructrada* al peritado, realizada el 18/06/03, con una duración de tres horas.

- *Entrevista personal abierta* con D. F. G. padre del evaluado, realizada el 18/06/03 de cuarenta y cinco minutos de duración.

- *Entrevistas telefónicas* con el padre del peritado. Duración: 60 minutos.

- *Entrevista telefónica* con la madre del peritado. Duración: 50 minutos.

- *Observación clínica* de D. Francisco, durante todo el proceso de exploración y evaluación, llevado a cabo durante los días 18 y 19 de Junio del 2003.

3.2. PRUEBAS PSICODIAGNÓSTICAS:

EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA:

- *MMSE.* (Folstein y col.,2001). *Examen Cognoscitivo Mini-Mental*. Test de cribado o screening, de aplicación individual que permite una detección rápida del deterioro de las funciones cognitivas. Sus áreas de exploración son: orientación temporal, orientación espacial, fijación, atención y cálculo, memoria, nominación, repetición, comprensión, lectura, escritura y dibujo.

SCREENING PSICOPATOLÓGICO:

- *SCL-90-R* (Derogatis, Rickels y Rock, 2003. Adaptado por González de Rivera, TEA Ediciones). *Listado para el chequeo de síntomas*. Cuestionario autoaplicado que permite obtener puntuaciones codificadas en nueve escalas sintomáticas (somatización, obsesivo-compulsivo, sensitivismo interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo), así como tres índices: global de severidad, malestar sintomático y total de síntomas positivos presentados.

EVALUACIÓN CLÍNICA DE LA PERSONALIDAD:

- *MCMI-II* (1969). *Inventario clínico multiaxial de Theodore Millon*. (1969, 2ª versión). Permite obtener información en áreas de evaluación y diagnóstico de personas con dificultades emocionales e interpersonales. Facilita la distinción entre trastornos clínicos y trastornos de la personalidad. Presenta diversas escalas de validez. Proporciona un perfil psicológico del sujeto.

- *MMPI-2 : Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota* de S. R. Hathaway y J.C. Mckinley (1999). Es uno de los instrumentos más importantes y utilizados para evaluar la personalidad dentro del ámbito de la Psicología Forense. Tiene más de 8 escalas de validez, 10 escalas básicas y 15 escalas de contenido, que representan algunas de las dimensiones más importantes de la personalidad, desde el punto de vista psicológico y en relación con la adaptación personal y social del sujeto.

EVALUACIÓN DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS TÓXICAS:

- A.S.I. : *Indice de Severidad de la Adicción* de Mclellan, A. T., Lubosky, L., Cacciola, J., McGahan, P., O' Brien, C. H.(5º edición,1992). Traducido por Diana Guerra Díaz. Entrevista breve semiestructurada, diseñada para proporcionar información relevante acerca de los aspectos de la vida del paciente que pueden contribuir a su síndrome de abuso de sustancias. Realizada el 19/06/03 con una duración aproximada de unas dos horas.

DOCUMENTACIÓN EXAMINADA.

- Informe del Centro Psicológico y de estudio de la familia (CPEF), de Chiclana (Cádiz) con fecha de Mayo de 1999.

- Carta enviada por el I.E.S. Columela (Cádiz) a los padres del peritado, recomendándole el cambio de Centro para el próximo curso escolar dada la reiteración de faltas de asistencia, con fecha el 7 de Mayo de 1999.

- Aviso de faltas de clase del I.E.S. Columela (Cádiz) a los padres del peritado.

- Informe del Centro Psicológico y de estudio de la familia (CPEF) de Chiclana(Cádiz) con fecha el 29 de Marzo del 2000.

- Resultados analíticos de pruebas toxicológicas periódicas para determinar el tipo de sustancias consumidas realizadas al peritado mensualmente desde el 22 de Mayo del 2001 hasta el 14 de Noviembre de 2003.

- Informe de Alta de "herida inciso-contusa en palma de mano derecha con afectación de tendones flexores y arco palmar" dado por el Hospital Universitario Puerta del Mar de Cádiz , a 24 de Octubre del 2001.

- Informe del Centro Psicológico y de estudio de la Familia (CPEF) de Chiclana (Cádiz) con fecha el 20 de Noviembre del 2001.

- Informe Clínico del Psiquiatra D. Indalecio Leonsegui Quintero de Cádiz, a 22 de Noviembre del 2001.

- Dos amenazas que el peritado ha escrito a sus padres.

- Informe del psiquiatra D. Luis Goenechea Alcalá-Zamora acerca del Trastorno psicótico por consumo de cannabinoides D. Carlos Gómez Morillo, tío paterno del explorado (22/09/03).

- Carta enviada en Septiembre de 2003 por la madre del peritado a las peritos, explicando toda la trayectoria evolutiva de D. Francisco Javier Gómez Cabrera.

- Informe del psiquiatra Dr. Indalecio Leonsegui Quintero sobre la evolución psiquiátrica de D. Francisco Javier Gómez Cabrera con fecha de 2 de Noviembre de 2003.

4. ANÁLISIS DESCRIPTIVO Y/O EXPLORACIÓN PSICOLÓGICA

4.1. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS:

D.F. J.G.C., varón de 19 años de edad, soltero y con residencia en Cádiz, en la zona de Bahía Blanca, desde que nació. Reside en compañía de sus padres y su hermana menor de 17 años, con los que dice mantener una buena relación. A lo largo de su vida no ha desarrollado una actividad profesional remunerada, a excepción de un trabajo de albañil en el que estuvo 1 semana. Presenta un medio-bajo nivel cultural; no ha completado la Educación Secundaria Obligatoria, quedándose en 4º de ESO, curso que ha repetido 4 veces en diferentes institutos sin llegar a completarlo.

4.2. *SITUACIÓN ACTUAL*

El peritado se encuentra a la espera de la decisión judicial sobre los hechos acaecidos en diciembre de 2001 y de los que es acusado: tráfico de drogas (durante una redada se le incautaron 2 "*bellotas*" de hachís y 20.000 pesetas en billetes pequeños de 1.000 y 2.000).

Según refiere el explorado, el día de los hechos se encontraba con sus amigos en uno de los parques que frecuentaban habitualmente cuando se acercaron policías locales de paisanos que llevaban varios días vigilándolos porque habían recibido quejas de los vecinos de que se traficaba en el parque, le registraron y le llevaron a comisaría. D. Francisco iba escayolado de la mano derecha y unidos los dedos a la férula de yeso con un aparato rehabilitador. Allí,

en calabozos, permaneció 3 días, hasta que sus padres pagaron la fianza y le dejaron en libertad. Argumenta que el hachís incautado era para consumo personal y el dinero no provenía de la venta de hachís sino que eran ahorros propios.

Los padres a partir de este hecho, se ponen en contacto con el psiquiatra D. Indalecio Leonsegui Quintero quien le puso un tratamiento con Seroxat® y Risperdal® (que abandonó tras el verano). Se le realizaban controles de orina constatando que sólo consumía hachís, aunque en grandes cantidades.

Hacia diciembre de 2002, los padres refieren que el chico "no salía a la calle, sólo al patio y a la azotea, dejó de relacionarse con sus amigos y sólo jugaba a la Playstation. Su lenguaje era incomprensible en muchas ocasiones y con actitud de indefensión y desvalimiento". Presentaba un trastorno del sueño y de la alimentación importante. Como no quería acudir a ningún psiquiatra, sus padres muy preocupados avisaron al psiquiatra que lo había tratado y le diagnosticó una psicosis tóxica o un componente psicótico posiblemente de origen tóxico y no bien organizado aún y se pautó tratamiento con Risperdal® en Febrero de 2003 que aún mantiene.

Desde entonces se mantiene en abstinencia en cuanto al consumo de hachís, notando sus padres bastante mejoría.

Por tanto, con respecto a lo anteriormente recogido y en relación a sus pautas de comportamiento y estilo de vida recogidos durante la evaluación, los principales problemas que presenta el peritado y que serán evaluados en el presente informe son: *consumo abusivo / dependencia de sustancias* y *posible trastorno de personalidad.*

4.3. ANÁLISIS FUNCIONAL DE LOS PROBLEMAS ENUMERADOS PREVIAMENTE.

A) Consumo Abusivo / dependencia de sustancias:

- *Antecedentes: Situacionales y contextuales*:

Consumía, generalmente, cuando se encontraba con su grupo de iguales, en los parques o el bar que solían frecuentar.

En su casa, consumía en su cuarto, cuando se encontraba tranquilo y relajado.

"Cuando jugaba a la Play, solo, en mi cuarto, me relajaba y me fumaba mis pitis y me tomaba una copita".

- *Respuestas:*
  - Motoras:

- Ritual de consumo del hachís: El peritado ha consumido el hachís fumado en compañía de sus amigos, pero en los últimos meses antes de dejar el consumo lo hacía en solitario, cuando le apetecía. Según refiere, ha llegado a fumar casi 4 bolas de hachís al día, llegando a sustituir el tabaco por el hachís; Su consumo mínimo ha estado en torno a los 6gr. al día, con un gasto diario de 24 euros, si bien informa que ha llegado a consumir un máximo de 24gr/día (unos 96 euros aproximadamente).

- Estilo de búsqueda de la droga: Generalmente "se la pasaban" personas conocidas, pero si no estaba disponible acudía a los puntos de venta que conocía (Barrio Santa María) y que solía frecuentar con sus amigos. Si disponía de dinero compraba gran cantidad para su consumo personal, si no disponía de dinero se lo dejaban sus amigos y si no, pedía préstamos en casa. Frecuentemente, cogía el dinero de la cartera de sus padres e incluso, llegó a robarle a su hermana 25.000ptas.

- Conductas antisociales: *Este tipo de conductas parecen no tener identidad propia sino que suelen darse como consecuencia del consumo de sustancias y de la necesidad de sentirse integrado dentro del grupo de iguales desviado al que pertenece. Parecen tener un carácter más bien funcional.* Las conductas antisociales más características son: absentismo escolar, expulsión de centros escolares, consumo de drogas, conductas predelictivas, vandalismo, desaparición de dinero y objetos del hogar, falta de respeto a sus padres, desafíos a la autoridad, agresiones y amenazas de agresión.

o Cognitivas:

- Expectativa sobre los efectos de la droga: Anticipación de los efectos relajantes, placenteros y la sensación de bienestar que le produce la droga ("*sentirse a gusto" ,"quedarse encongao*").

- Creencias y mitos: Cree que él no es adicto y que lo ha consumido porque le gusta. Considera que el consumo de hachís no es nocivo ni peligroso *(" el hachís es una hierba, es natural y no puede ser malo").*

- Pensamientos antes, durante y después del consumo de hachís: Antes de consumir dice no sentir nada, sino que

tiene ganas de fumar, le apetece y fuma.En el momento de consumir piensa que se va a poner muy a gusto y le va a sentar muy bien. Después de consumir se siente muy bien y dependiendo de la cantidad que se haya fumado y de la calidad del hachís, estará más o menos "encongao".

- Fisiológicas: No tiene ninguna sensación fisiológica ni antes ni después de consumir, lo único que siente antes de fumar "es ganas" y después de consumir desaparecen.

- Afectiva: Sus sentimientos son contradictorios, por una parte está preocupado por su madre y por lo que pueda sufrir ella con el juicio, pero por otra parte le da igual, considera que si tiene que ir a la cárcel irá. Respecto a los efectos y al consumo de hachís, se muestra indiferente, considera que le gustan los efectos que le produce y que si tuviera dinero para costeárselo seguiría consumiéndola.

- *Consecuencias a corto y a largo plazo :*

  - A corto plazo: Las consecuencias se relacionan con los efectos del hachís: relajación, bienestar y desinhibición. Puede funcionar como facilitador de las relaciones sociales.

  - A largo plazo:

    - *Cognitivas*: disminución de la memoria a corto plazo, lagunas amnésicas y dificultad en la recuperación de datos, deterioro del razonamiento abstracto, letargia, elevada irritabilidad, cambios en la vivencia del transcurso del tiempo (no puede situar los acontecimientos vitales como los institutos por los que ha pasado o cuantos años ha estado estudiando), sensación de apatía. En casos graves pueden producirse ilusiones, alucinaciones, despersonalización y puede llegar a provocar un síndrome paranoide. En el caso concreto que nos ocupa, el peritado parece haber sufrido una psicosis tóxica aún no bien organizada debido al consumo abusivo de cannabis (según documentación aportada), y además su padre refiere haberle visto encerrado en su cuarto conversando sólo.

    - *Conductuales y Sociales*: abandono y aislamiento social, cambio en la identificación con los iguales, alteración de las relaciones interpersonales y deterioro de las relaciones familiares, disminución de las inhibiciones, de la

motivación, y del rendimiento académico, aumento de la actitud de arriesgarse, comportamiento ilegal. La aceptación del grupo de iguales, tiene como consecuencia a largo plazo un deterioro familiar que cada vez se hace más patente, mientras se refuerzan los lazos con los primeros.

- *Otras drogas que consume:* En su consumo, las drogas más habituales junto al hachís son: Tabaco: la media de consumo diario es de 20 a 40 cigarrillos rubios diarios. Alcohol: el consumo de alcohol es esporádico, puntual pero abusivo, suele beber Ron, hay semanas que no lo prueba y cuando lo hace empieza una botella y la termina. Tranquilizantes (Benzodiacepinas): Estuvo aproximadamente un año consumiéndolos junto con coca-cola por vía oral, concretamente Alprazolam® (según informe psiquiátrico). Cocaína: ha consumido alguna vez esta sustancia, de forma puntual, esnifada por la nariz y muy poca cantidad ("un par de rayas"). Existen informes del psiquiatra Dr. Indalecio Leonsegui Quintero con fecha de abril de 2001 en los que se muestra un consumo de: derivados anfetamínicos, inhalantes y heroína, pero no nos han sido referidos por el peritado durante la entrevista.

4.4. ADQUISICIÓN Y/O DESARROLLO DE LOS PROBLEMAS ANALIZADOS PREVIAMENTE EN LOS ANÁLISIS FUNCIONALES.

Los rasgos de personalidad del peritado, unido a la presión ejercida por el grupo de iguales ajenos al medio familiar es lo que inicia a D. Francisco en el consumo de sustancias psicoactivas en torno a los 13 años de edad, dejando a un lado y posteriormente, abandonando el sistema educativo , así como acrecentándose los conflictos con la familia, que favorecieron a su vez, una mayor cohesión con sus compañeros de consumo.

Es en la franja de edad que comprende desde los 13 años a los 18 años cuando el peritado explora gran variedad de sustancias: "calimocho"(tinto con coca-cola), Tranquimazín con coca-cola, cannabis, consumo puntual de cocaína y éxtasis etc... y realiza todo tipo de conductas predelictivas (robo de una moto que se encuentra sin candado, pelea y denuncia por parte de un vecino, problemas con los profesores, expulsión de varios institutos por absentismo y de un internado de verano por consumo de drogas y vandalismo etc,)hasta que lo detienen y lo acusan por delito contra la salud pública por tráfico de cannabis.

El estilo educativo permisivo de sus padres, la posibilidad de adquirir todo lo deseado, la falta de castigo, de normas, valores y de responsabilidades, su carácter tímido, su necesidad de hacerse notar en el grupo y de pertenecer a él, hacen que D. Francisco haga suyas todo tipo de conductas problemáticas y

antisociales. Conductas aprendidas socialmente que adquieren para él un carácter funcional consiguiendo lograr metas vitales deseadas, enfrentarse al fracaso, la ansiedad, el aburrimiento, el aislamiento..... Son todo este conjunto de circunstancias y elementos los que estructuran su personalidad caracterizada por una dependencia funcional hacia los iguales y la familia.

Se puede decir que la relación entre ambos problemas (abuso de sustancias y conductas delictivas) es causal, es decir, las conductas antisociales son consecuencia del consumo de drogas que a su vez funciona como mecanismo de afrontamiento equivocado ante una personalidad esquizoide y dependiente. En función de todo lo anterior, es presumible que el delito cometido (contra la salud pública por tráfico de drogas) sirviera para el mantenimiento económico de su adicción.

4.5. ANÁLISIS HISTÓRICO DE LA VIDA DEL SUJETO.

- *Historial psiquiátrico/ terapéutico:*

El peritado ha asistido varias veces a *terapias psicológicas y psiquiátricas* a lo largo de su adolescencia que describimos a continuación según informe de la madre y los de los centros y profesionales aportados:

- "*A los 14 años inicia cuadro clínico compatible con episodio depresivo mayor y desde entonces refiere consumo de diversas sustancias, inicialmente para aliviar los síntomas y posteriormente con patrón de abuso (alcohol, cannabis, cocaína,inhalantes, derivados anfetamínicos, heroína y ansiolíticos)".*

- En 1997, con 15 años, sus padres le llevan al *psicólogo* debido a problemas escolares (fue expulsado del centro escolar 10-15 días). Tras 2 ó 3 sesiones de evaluación, el psicólogo recomendó que le cambiaran de colegio, asegurando que no tenía ningún problema patológico o antisocial.

- El 18 de Noviembre de 1998, cuando contaba con 16 años, asiste por primera vez a *Psicoterapia familiar* con Rosario Rodríguez Ballesteros (psicóloga) y Sebastián Girón García (médico), en el Centro Psicológico y de estudio de la familia en Cádiz (Chiclana) obligado por sus padres. Éstos "*expusieron una situación familiar muy conflictiva derivada de los comportamientos disruptivos del menor consistentes básicamente en conductas disfuncionales en los ámbitos familiar y social, esto es: conductas predelictivas, uso de drogas, absentismo escolar, cambio en sus relaciones amistosas, desaparición de dinero y objetos del hogar así como una actitud de permanente falta de respeto a los padres, desafíos a su autoridad, agresiones y amenazas de agresión*". Sin embargo, durante la exploración el peritado relata que el motivo de asistir era su consumo abusivo de Tranquimazín con coca-cola.

Se le diagnostica en este centro un "cuadro clínico que reúne características del Trastorno Disocial de Inicio en la Adolescencia y de

Gravedad Moderada, así como Dependencia de Cannabis (según criterios D. S. M. –IV)".

"*La intervención terapéutica se dirigió a una reestructuración de roles dentro de la familia, de forma que los padres conjuntamente, ejercieran las funciones parentales relacionadas con el ejercicio de la autoridad. Para conseguirlo ha sido preciso animar al padre a utilizar sus recursos parentales que se encontraban desactivados ante la problemática que presentaba el chico [...] los padres tienen nuestra indicación y recomendación de utilizar la contención física en caso de que el chico desafíe o no responda a las intervenciones o sugerencias verbales en el cumplimiento de las normas domésticas y familiares*". Los profesionales de este centro refieren en el informe aportado, que esta intervención provocó mejoría en el ámbito familiar aunque persistían en el escolar para lo cual se recomendó suspender la actividad académica del paciente durante ese curso para abordar la problemática durante el siguiente.

Según informe de la madre, estas sesiones persisten hasta el 2001, unos 3 años aproximadamente, si bien los padres iban unas veces con el menor y otras sólo con la hija pequeña, ya que éste se negaba a ir. El peritado durante nuestra evaluación refiere que la duración de las sesiones fue de unos meses (los cuales no especifica) y dice no haber sacado nada en claro de esa terapia.

- El 4 de abril de 2001 con 18 años de edad, acude al *psiquiatra* D. Indalecio Leonsegui en la Clínica Nuestra Señora de la Salud (Cádiz) a instancia de los padres de nuevo, "*por alteraciones del comportamiento en el contexto de un trastorno por abuso de sustancias de varios años de evolución", "en forma de crisis de impulsividad/ agresividad, aislamiento y bajo rendimiento"*según explica el facultativo en su informe con fecha de 22/11/01.

No aprecia rasgos antisociales de la personalidad aunque sí escasa tolerancia al estrés / frustración y rasgos esquizoides, aunque no se le realizaron estudios psicométricos. Refiere marcada irritabilidad con dificultades de control de impulsos y ansiedad somática. *"En los últimos meses había mantenido un consumo de múltiples drogas con patrón de abuso (cocaína, derivados anfetamínicos, alcohol, inhalantes y cannabis) y consumo de tranquilizantes (alprazolam® 2mg más de 8 comprimidos diarios) con patrón de dependencia"[...] "El paciente refería discreto embotamiento afectivo, tendencia a la tristeza, humor suspicaz, irritabilidad, aislamiento en relación a familia y amigos, escasas relaciones interpersonales, hipersomnia, anhedonia, abulia, apatía, escaso autocuidado, ideas sobrevaloradas de perjuicio, autoreferenciales e ideas de muerte"* (según informe del facultativo de 2/11/03).

Siempre según los dos informes aportados de este psiquiatra, el peritado recibió tratamiento farmacológico (*Paroxetina* 40mg/24 y *Propanolol* 40mg/8) y psicoterapéutico orientado a la reducción de la sintomatología afectiva (mostrando marcada mejoría, así como de los trastornos de conducta

asociados) y a la deshabituación de drogas ("una a una") mediante monitorización semanal de drogas de abuso en orina. Estos controles fueron negativos excepto para cannabis. La adicción a las benzodiacepinas desapareció de forma ambulatoria y en unos 2-3 meses.

El informe explica que *"su humor se torna eutímico, aunque siempre con cierto nivel de restricción, ceden las conductas impulsivas, se normaliza el ritmo de sueño y mejoran las relaciones interpersonales, aunque persiste un claro embotamiento afectivo, pensamiento formal discretamente laxo y empobrecido, contenido de pensamiento referencial/ paranoide y escasa capacidad para proponer objetivos".*

Durante el transcurso del verano abandona la medicación y se negó a volver al psiquiatra. Debido a un traumatismo que sufre en la mano derecha que incrementa marcadamente su nivel de ansiedad (teniendo lugar un abuso desmesurado de cannabis así como recaída de su patología afectiva de base) acude a consulta nuevamente el 19 de Noviembre de 2001 contando ya con 19 años, tras incidente con las fuerzas del orden público. Según el documento aportado *"acude a consulta desaliñado, con pérdida significativa de peso, ansioso, con sentimientos de desesperanza y culpa, lábil, con varios ejemplos de llanto espontáneo durante la entrevista, y solicitando reiniciar tratamiento*". Tratamiento con *Paroxetina* 20mg/24 y *Risperidona* 0.5mg/24, reinicio de sesiones semanales de psicoterapia durante los siguientes 6 meses con controles periódicos de orina.

La orientación diagnóstica proporcionada por el psiquiatra D. Indalecio Leonsegui (recogida en su informe) fue:

- Episodio depresivo mayor, recidivante, moderado (F33.1)
- Trastorno por dependencia a cannabis grave con dependencia fisiológica (F12.24)
- Trastorno por abuso de otras sustancias actualmente en remisión completa tardía (más de 6 meses sin consumo comprobado).

D. F. cuenta durante la exploración que estuvo durante unos meses y tampoco dice haberle servido de nada. Tras el verano del 2002 abandona el tratamiento y se negó a volver al psiquiatra.

En febrero del 2003, desde hace unos cinco meses (contando con 20 años) su psiquiatra habitual le realiza una visita domiciliaria a petición de los padres, según informa la madre. D. Francisco *"permanecía aislado desde hacía 2 meses y presentaba ideas delirantes de perjuicio y de referencia mal sistematizadas, alucinaciones auditivas persistentes fragmentadas en forma de voces comentadoras y amenazantes, conducta extravagante, humor plano con escasa resonancia, pensamiento formal desorganizado con discurso laxo,*

respuestas tangenciales y contenido extremadamente empobrecido". Le diagnostica un Trastorno psicótico inducido por cannabis. Le pauta un tratamiento con *Risperdal*® (0-0-1) que desde entonces sigue tomando, aunque él no esta de acuerdo con el diagnóstico y piensa que "es para dejar los canutos". Pasados 4 meses el trastorno psicótico remite.

Establece un juicio diagnóstico en el que el peritado sufre un abuso/ dependencia de carácter extremadamente grave al cannabis que se asocia a sintomatología psicótica y/o depresiva. A pesar de la abstinencia a drogas persiste sintomatología residual: leve deterioro/ empobrecimiento cognitivo, restricción de la vida relacional, embotamiento afectivo, falta de motivación y nula conciencia de enfermedad. Hasta que no permanezca en abstinencia durante mínimo un año, no podremos saber si la clínica psicótica es primaria o secundaria al consumo.

Psiquiatra adjunta su diagnóstico multiaxial en este último informe (2/11/03) del que disponemos:

EJE I: Trastorno psicótico inducido por cannabis vs. Trastorno esquizofrénico con predomino de síntomas negativos. Abuso / dependencia de cannabis actualmente en remisión parcial temprana.

EJE II: Rasgos esquizoides de personalidad.

EJE III: No refiere.

EJE IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo.

EJE V: GAF= 71 actual.

En la actualidad, mantiene el tratamiento antipsicótico y ha logrado una abstinencia mantenida supervisada.

- *Antecedentes familiares*: antecedentes psicopatológicos familiares graves en la línea paterna (según informe del psiquiatra D. Luis Goenechea Alcalá-Zamora con fecha 22/09/03): *tío paterno con diagnóstico de trastorno psicótico por consumo de cannabinoides (F12.5 CIE10).* Otro tío paterno ha recibido diagnóstico por trastornos de la personalidad y comedor compulsivo según refiere la madre del peritado.

Actualmente, los padres reciben tratamiento antidepresivo, trastorno reactivo a la situación de su hijo.

- *Historial académico / profesional:*

D. F. durante los primeros cursos escolares de Primaria no tuvo nunca problemas en el colegio y su madre cuenta que era muy carismático para sus

amigos y realizaba actividades extraescolares relacionadas con el deporte para el que dice haber tenido siempre una habilidad especial: "Sus notas eran muy buenas, notables y sobresalientes, y no necesitaba estudiar ni hacer grandes tareas para conseguirlas...era incapaz de estar quieto y cuando se sentaba a estudiar algo, lo hacía dándole patadas a un balón". Él mismo nos cuenta que aprobaba por lo que atendía en clase. En los últimos cursos de primaria ya se pusieron en contacto los profesores con sus padres debido a faltas leves de disciplina del chico (según cuenta la madre "relacionadas con hacerse el gracioso en clase") sin que influyera en sus notas o fuera expulsado nunca de clase.

Dice haber sido un muy buen estudiante hasta 1º de B.U.P., estudios que realizó en el Colegio Argantonio de Cádiz (donde asistió desde la guardería). Su asignatura más fuerte siempre fueron las matemáticas, de hecho tiene muy claro que desde siempre quiso ser economista. Durante este curso contando ya con 14 años, los "problemas se hicieron más importantes y habituales de forma que de manera reglada (una vez cada 15 días al menos) íbamos a hablar con el tutor para controlar la marcha del curso y del comportamiento de Kico...fue expulsado durante 10-15 días en una ocasión", relata su madre. En Junio suspendió dos asignaturas y sus padres le matricularon en el *curso de verano de recuperación* de su colegio Argantonio.

Tras un episodio de hurto de una moto junto con otro chico mayor que él, los padres presas del pánico lo internan en un colegio privado en verano Colegio Milton situado en la provincia de *Córdoba* (a 8 kms del pueblo donde residían sus abuelos maternos). Esta decisión causó en el chico un gran rechazo y sus padres decidieron comprarle una moto al final del verano (que no se le concedió anteriormente en vista de sus resultados académicos). Al final del verano aprueba una de las dos asignaturas que le quedaron y el director del colegio comentó a sus padres "que se había juntado con un grupo de niños poco recomendables y que en una ocasión habían roto cristales del colegio".

Cambia de colegio matriculándolo sus padres en el Instituto Columela durante el *curso 1998-1999*, coincidiendo con el cambio de planes de enseñanza por lo que pasó a 4º de E. S. O. Recién empezado el curso, sus padres reciben quejas de su tutora y director porque no sólo no asistía a clase, sino que se quedaba en la puerta del instituto hasta que entraba el último alumno y profesor para irse posteriormente a un bar de enfrente en el que normalmente estaban todos los que no iban a clase jugando al billar y, según su madre, bar en el que circulaba droga. A final de curso no se presentó a los exámenes y el director "le invitó" a abandonar el centro voluntariamente o bien sería expulsado.

A partir de entonces, se cambia a varios institutos donde repite siempre el mismo curso, 4º de E.S.O., según el peritado, debido a que no asistía a clase y le expulsaban. Pasó por 4 institutos: Columela (2 veces), Cortadura, La Paz y Puntales:

Curso 1999-2000 Instituto Cortadura 4º E.S.O. donde siguió sin asistir a clase, no se presentó a los exámenes y fue expulsado por pelearse con un compañero.

Curso 2000-2001 Instituto La Paz 4º E.S.O. faltando de nuevo y con un episodio de amenazas a un profesor durante una discusión. Su madre cuenta que amenazó con romperle el coche. En este punto, fueron llamados por la Asistente Social debido a que la Enseñanza básica es obligatoria. Tampoco aprobó ninguna asignatura.

Curso 2001-2002 se matriculó en E. S. A. (Educación Secundaria para Adultos) en el Instituto Columela de nuevo. No aprobó nada y no fue a clase. Durante este curso tuvo un accidente en la mano derecha en el que se seccionó todos los tendones.

Finalmente, este *Curso 2002-2003* se matricula en E. S. A. de nuevo, pero en el Centro de Adultos de Puntales, aunque no ha asistido a clase en todo el curso.

Según refiere el explorado, sus relaciones con los compañeros eran buenas, los problemas sólo con los profesores; de hecho mantiene amistades de su primer colegio, Argantonio, con los que queda fuera del horario escolar. Este primer colegio lo dejó porque le quedaba bastante lejos y no disponía de moto para trasladarse hasta el mismo. En este colegio comienzan sus primeras expulsiones en 7º u 8º de E.G.B. le expulsaban 2 ó 3 días y luego se encaraba con algún profesor. Recuerda una de ellas durante un partido de balonmano que insultó a un profesor y fue expulsado por ello.

En estos años de "peregrinaje escolar" le dice a sus padres que no quiere estudiar más y éstos le proponen que se busque un trabajo. Su única incursión al mundo laboral fue a los 15 ó 16 años y se ciñó a un trabajo como albañil en Cádiz que consiguió por medio de un amigo suyo y que mantuvo sólo por una semana. El dinero que ganaba era para su consumo casi en su totalidad. De manera ocasional, ayuda a su padre que es ginecólogo con las citologías en casa, cuando él se lo pide.

- *Historial médico/ sanitario:*

Nacido de parto normal el día 8 de Agosto de 1983 en Cádiz, refiere que fue un embarazo no deseado aunque no tiene recuerdos significativos en lo referente a su primera infancia. El peritado no ha referido ninguna enfermedad importante o intervención quirúrgica sufrida durante su niñez, ni ningún problema de salud en su familia de origen.

Sin embargo, sí que recibió intervención quirúrgica en Noviembre de 2001 por una "*herida inciso-contusa en palma de mano derecha con afectación de tendones flexores y arco palmar",* accidente que sufrió en la puerta de su casa (

a sus padres les dijo que tropezó pero durante la exploración nos comentó que fue "por no pegarle a un colega") . Sufrió una sección completa de los tendones flexores superficial y profundo de dedos 3º a 5º, sección del flexor superficial del 2º dedo, sección del arco palmar y sección del 3º nervio digital. Se le realizó sutura termino-terminal de todas las estructuras y se le inmovilizó con una férula de yeso (que presentaba el día de los hechos; un mes más tarde). Tuvo que realizar rehabilitación hasta marzo-abril del siguiente año.

Sus patrones de sueño parecen regulados sin ningún problema para conciliar el sueño o despertares nocturnos (aunque hasta principios de la adolescencia informa su madre que sí que tenía dificultades en el sueño a causa de su "hiperactividad") al igual que sus patrones alimenticios ya que realiza las comidas en el hogar familiar; no existe ingesta de bebidas estimulantes (con cafeína) a excepción de coca-cola y el consumo de bebidas alcohólicas es puntual pero abusivo (2 botellas de ron en 2 consumos puntuales en un mes, según explica). Actualmente, no realiza ninguna actividad física.

- *Historial de consumo*:

En cuanto al historial de consumo de drogas como ya se explicó anteriormente, comenzó a los 12 años con un consumo experimental de alcohol los fines de semana ("calimocho") y más tarde se fue acrecentando durante los meses de verano con un consumo diario de 2 ó 3 copas de ron con naranja. Este consumo se mantuvo, según refiere, durante un año. Actualmente consume de forma esporádica.

A los 12 años comienza también con el consumo experimental de tabaco, que probó con sus amigos. El consumo que comenzó con medio paquete de cigarrillos a diario se establece actualmente en 1 ó 2 paquetes. El incremento se debe, según refiere, a haber abandonado el consumo de hachís. El tiempo de abstinencia que ha conseguido mantener fue un máximo de un mes.

Entre los 13 y los 14 años se inicia en el consumo de cannabis, vía fumada. Lo prueba por curiosidad con un amigo, se lo quitaron al padre de éste y a partir de entonces comienza el consumo de manera habitual. Normalmente fuma según refiere, unos 6 grs. diarios ("*1 bola*") pero ha llegado ha fumar un máximo de 24 grs. al día sustituyendo el consumo de tabaco por éste. Argumenta que fuma hachís porque le gusta más el sabor que el del tabaco, *"no es malo, sale de una planta, no está mezclado, es natural".* Actualmente, lleva en abstinencia unos 5 meses, controlado con análisis de orina, en los que aparece negativo el consumo de cannabis desde el 24 de abril de 2003.

Entre los 14-15 años comienza su consumo de fármacos (Benzodiacepinas), concretamente *Alprazolam*®. El consumo se realizaba de manera oral acompañado de coca-cola y se mantuvo durante un año. Manifiesta que lo dejó porque "*le dejaba demasiado encongao*".

- *Historial evolutivo / social:*

Según relata la madre de D. Francisco, "desde pequeño ha sido un niño que se ha caracterizado por ser muy activo y con problemas para conciliar el sueño por terrores nocturnos que ha mantenido hasta la adolescencia pero en menor medida".

Durante los cursos de primaria jugaba muy bien al fútbol así que fue fichado por un equipo de infantiles en Cádiz; pero tras 1 ó 2 años de entrenamiento sus padres le convencieron para que lo dejara "porque empezó a hacer muchos tics".

A finales de Junio de 1997 refiere que robó un ciclomotor viejo que, según decía no tenía matrícula, junto con otro chico mayor que él, siendo detenido por la policía local y acusado de hurto. El caso se juzgó un año más tarde y sólo fue amonestado, según explica la madre.

Durante el invierno del 98 le robaron su moto del garaje de la casa y se enteró que fueron sus amigos del instituto (esto es relatado por la madre ya que él no hace referencia a los autores).

Durante el año 2000 tuvo varios encuentros con la policía por faltas leves y muchas multas por conducir sin casco. Durante esa época llamaron a sus padres del Corte Inglés por robar un forro polar, asunto que se solucionó pagando la prenda.

En Noviembre de 2001 tuvo el accidente en la mano derecha por el que tuvo que ser intervenido.

En diciembre de 2001, un mes después, ocurre el episodio de su detención por tráfico de cannabis.

Entre diciembre y febrero de 2002 es cuando desarrolla la psicosis tóxica por consumo de cannabis, aislándose socialmente, no saliendo de casa, jugando todo el día a la Playstation y con un lenguaje en ocasiones incomprensible y actitud de indefensión.

El peritado relata que en los últimos tiempos sus actividades diarias se reducen a levantarse sobre las 13.30 ó 14.00 de la tarde, almuerza en casa y sobre las 15.00 ó 16.00 de la tarde se marcha con sus amigos a jugar unas partidas al billar a un bar que suelen frecuentar. Por la noche sale también de manera habitual a un parque con los mismos iguales y se queda en la calle hasta la 1, 2 ó 3 de la madrugada, "*según quién se quede*". Sus actividades de ocio están bastante limitadas, pues de unos meses a esta parte apenas sale con sus amigos y se queda en casa encerrado en su cuarto "*jugando a la play*" y ocasionalmente, algún amigo viene a visitarlo.

Según cuenta la madre, "todos sus amigos tienen problemas familiares, son de más bajo nivel económico o social, todos consumen, y la mayoría ya o trabajan (inestablemente) o estudian algún módulo aunque sea a trancas y a barrancas".

En cuanto a la religión comenta que es "*lo que todo el mundo*" (sin tener muy claro a lo que se refiere), es católico no practicante.
Con respecto a las prioridades expresadas por D. Francisco se encuentran principalmente el estudiar para ser economista, profesión que siempre quiso desempeñar.

- Historial familiar y sexual:

F. vive desde siempre con sus padres, en el domicilio familiar. Ambos son médicos. Viven en un barrio residencial acomodado de Bahía Blanca, en Cádiz, gozando de un nivel económico alto y según informa el peritado las relaciones entre ambos son buenas. Dice llevarse bien con los dos, aunque es el "*ojito derecho"* de su madre. Con respecto al hijo, no parecen existir en casa reglas estrictas ni normas establecidas, una ausencia de responsabilidades por parte del peritado, pues según informes del mismo, sus padres no le regañan ni le castigan; las normas se las impone él mismo. Estamos, por tanto, ante un estilo educativo bastante permisivo y un escaso control parental con ausencia de responsabilidades, en el que el hijo primogénito parece "tomar las riendas" y conseguir todo lo que desea, sin recibir castigo alguno ante conductas disfuncionales.

Tiene una hermana menor, Marta de 17 años, que actualmente se encuentra preparando la selectividad y quiere aspirar a la carrera de medicina. Dice no llevarse mal con ella, que tiene buenas relaciones, aunque al preguntarle por el establecimiento de éstas, se reduce a escasas interacciones para pedirle tabaco o similares; sin embargo, parece que la hermana sí que le cuenta las cosas que le preocupan y se confía a él.

La trayectoria familiar ha sido controvertida en el sentido en el que su madre relata que durante todos estos años conflictivos social y escolarmente para D. Francisco, "la convivencia en casa era muy difícil con numerosos accesos de violencia y agresividad por parte de kico hijo que llegó a romper muebles y a autolesionarse (cabezazos o puñetazos a la pared) ante situaciones que le provocaban ansiedad o frustración, con actitud pasota el resto del tiempo". Sin embargo, desde que dejó el consumo de cannabis estas relaciones familiares parecen haberse estabilizado y ser buenas.

No obstante reseñamos los siguientes episodios representativos contextuados en esta dinámica familiar:

Durante el curso 98-99 sus padres se dan "cuenta cierta de que consumía al menos esporádicamente hachís porque se recibieron multas por consumo público".

En las sesiones de Terapia de familia recomendaron a los padres de D. Francisco que "mantuvieran su autoridad y que incluso utilizaran (en concreto su padre) la violencia física si era necesario para mantenerla, lo que provocó que el menor pusiera a su padre una denuncia por malos tratos, aunque luego se arrepintió y no compareció al juicio".

Hoy en día, su madre comenta que "la convivencia en casa es buena, pero hay que estimularlo continuamente para que haga cosas. Desde hace un año o año y medio ayuda a su padre a teñir las Citologías de la consulta sin protestar".

En cuanto a las relaciones que el peritado mantiene con el otro sexo, parece mostrarse ambivalente: por una parte dice que "*no aguanta*" salir mucho tiempo con una chica, que se cansa, pero por otro lado en el futuro a él le gustaría tener una novia. Sus habilidades sociales y para el cortejo no están muy desarrolladas, no se relaciona con muchas chicas, pues su grupo de iguales consta básicamente de chicos y las novias de éstos. Aparece como una persona que se define a sí misma como tímida, vergonzosa a la hora de establecer relaciones con el sexo opuesto.

En cuanto a las relaciones de pareja que ha mantenido, la primera vez que tuvo novia fue a los 14 años y mantuvo relaciones normales y satisfactorias. La más larga refiere que fue de 9 meses, cuando la novia de uno de sus mejores amigos terminó relaciones con el mismo, empezó a salir con D. Francisco. Ella no consumía ningún tipo de sustancias y dice que no se metía en su vida en absoluto, comían a menudo juntos en casa de él, y finalizaron su relación por problemas de discusiones, celos y falta de confianza por parte de él. Refiere altibajos de ella en el estado de ánimo, bastante variable. A destacar las conductas de riesgo en las actividades sexuales, pues no suele usar métodos anticonceptivos, según refiere el peritado.

Sus relaciones sexuales han sido siempre heterosexuales y su vida sexual la califica de satisfactoria aunque en la actualidad no tiene novia ni mantiene relaciones sexuales.

4.6. RESUMEN DE LOS FACTORES DE PREDISOSICIÓN (VULNERABILIDAD).

En los casos de drogodependencias hay que mencionar que es posible la existencia de variables orgánicas que actúen como posibles factores de vulnerabilidad de tipo biológico.

También debemos considerar, el hecho de que existen antecedentes familiares relacionados con el consumo de sustancias (tío paterno) , si bien, el peritado comienza a consumir cannabis por imitación de un modelo a seguir cercano: la primera vez que consumió, se lo robaron al padre de un amigo suyo al que llama "primo", movido por la curiosidad.

Los factores que más determinan y facilitan el inicio de consumo de sustancias en el explorado son fundamentalmente:

A) *Factores socio-familiares*:

- Estilo educativo permisivo e inestable.
- Escaso control parental.
- Ausencia de castigo.
- Ausencia de responsabilidades.
- Absentismo y fracaso escolar.
- Presión social ejercida por el grupo de iguales
- Identificación /imitación del grupo de iguales.
- Inicio temprano de consumo de sustancias tóxicas.

B) *Factores individuales:*

- Inmadurez.
- Baja autoestima
- Dependencia funcional.
- Identificación con grupo de iguales desviado.
- Adquisición de valores del nuevo grupo de pertenencia.
- Manejo inadecuado de interacciones sociales.

C) *Factores motivadores:*

- Presión ejercida por el grupo de iguales.
- Necesidad de pertenencia.
- Necesidad de aprobación.
- Imitación de otros sujetos o patrones de conducta.
- Imposición para la aceptación por el grupo o para la fusión / pertenencia al mismo.

- Carencia de modelos adecuados.
- Curiosidad por conocer los efectos y sensaciones nuevas de las drogas.
- Aventura o búsqueda de nuevas experiencias y sensaciones.
- Esnobismo, hedonismo y/o búsqueda del placer.
- Evasión de la realidad.
- Rebeldía ante el mundo.

4.7. EXPLORACIÓN DE OTRAS ÁREAS DE INTERÉS.

Francisco se considera una persona poco religiosa, pero de fe cristiana, aunque no practicante. No se siente víctima de lo que le ha pasado, siempre ha hecho lo que ha querido.

No se ve a sí mismo como un drogadicto, considera que consume cannabis porque le gusta, que no ha perdido el control sobre su conducta y manifiesta poder abandonar el hábito si se lo propone.

Se ve a sí mismo como una persona seria, introvertida, con poca capacidad para establecer nuevas relaciones interpersonales y afectivas. No posee habilidades laborales, ni oficio, pero considera que es independiente, que no necesita a nadie que le mantenga y que se puede buscar la vida sólo. Actitudes que no se corresponden con la realidad, existiendo discordancia entre las expectativas y su estilo de vida.

Respecto a sus expectativas, espera muy poco de la vida, quizás encontrar un trabajo o seguir estudiando, le gustaría ser economista puesto que siempre se le han dado bien las matemáticas. En cuanto a sus hobbies le gusta salir con los amigos, la pesca submarina, los partidos de fútbol, jugar a la play y con su perro.

Quisiera que pasara todo lo relacionado con su situación legal y si tuviera que ingresar en prisión lo haría.

5. EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA DEL PERITADO.

5.1. ENTREVISTAS.

D. Francisco hace patente durante toda la exploración de un sentimiento de aplanamiento afectivo y desgana en el que nada parece importarle, todo "le da igual o no sabe", lo cual hace bastante difícil la exploración pues hemos de intentar motivarle para llevar a cabo una precisa evaluación de su estado. Parece no comprender el alcance de la situación en la que se encuentra, o al menos sus consecuencias legales y personales.

En el momento de la exploración D. Francisco se encontraba bajo tratamiento de *Risperdal* (antipsicótico) (0-0-1), y se considera poco probable que interfiera en su estado o en la ejecución de las pruebas, debido a que la dosis es baja y lleva ya tomándola desde febrero de 2003 debido a la psicosis tóxica diagnosticada por su psiquiatra.

Varón de 19 años de edad, con una presentación adecuada y de *aspecto* fuerte y bien cuidado, sin deterioro físico significativo. *Consciente y orientado* en persona, pero no en espacio y tiempo. No refiere alteraciones sensoperceptivas ni sensomotoras. Según impresión clínica, presenta una capacidad intelectual dentro de la normalidad, pero indicios de desorientación alopsíquica hacen sospechar de un posible deterioro cognitivo. Su *atención* esta claramente afectada así como su grado de activación, vigilancia y lucidez, que están por debajo de la normalidad.

Memoria conservada perfectamente a corto plazo, pero no a medio y largo plazo. Problemas de recuperación de la información ya almacenada. Hay ciertos vacíos de memoria, y en las fechas en general; muy difícil establecer un orden cronológico en los hechos que le han acontecido en su vida.

Lenguaje restringido, llegando a ser inconexo en ciertas ocasiones, dificultad en la continuidad del discurso. Muchos bloqueos, no es fluido. *Dificultades de comprensión*, cuando se le realizan preguntas elaboradas o demasiado largas; es necesario repetírselas.

Concentración limitada y lentitud en el procesamiento de la información.

Psicomotricidad adecuada a su edad, aunque se detecta lentitud motora.
Autoestima moderadamente deteriorada, *Afectividad plana*, poco expresivo.

Actitud colaboradora, con escaso nivel atencional; buen establecimiento de rapport con las evaluadoras aunque en ciertos momentos intentó dar una buena imagen de sí mismo.

5.2. RESULTADOS DE LAS PRUEBAS COMPLEMENTARIAS.

- *SCL-90-R*

Hemos buscado en las tablas de baremos de la muestra normal y de la muestra clínica el centil correspondiente a la puntuación directa obtenida por D. Francisco. Teniendo en cuenta que un centil de 80, por ejemplo, indica que esta persona presenta una sintomatología mayor que el 80% de la muestra, consideraremos puntuaciones significativas en las escalas:

Hostilidad: obtiene una puntuación de 1,33 puntos, superando la puntuación obtenida por 90-95% de la población. Señala a una persona irritable con estado de ánimo negativo.

Psicoticismo: obtiene una puntuación directa de 1,00, superior a la puntuación obtenida por el 97% de la muestra) lo que señalaría síntomas psicóticos que corresponden con la sintomatología del evaluado pero más relacionado con sentimientos de alienación social que con psicosis clínicamente manifiesta.

Obsesivo / compulsivo: obtiene una puntuación directa de 0,90, superior a la puntuación obtenida por el 80% de la población, que señalan la existencia en el sujeto de pensamientos absurdos e indeseados que generan intensa angustia y que son difíciles de eliminar. Pensamiento inflexible.

Hay que considerar que los aspectos que destacamos guardan relación con las circunstancias por las que está pasando el peritado en el momento actual, período en el que no está consumiendo drogas, se está aislando progresivamente del grupo de iguales y se encuentra a la espera del juicio.

El manual aconseja que si se obtienen más de dos puntuaciones con PC igual o superior 90 se comparen los resultados con los obtenidos por la población psiquiátrica, en cuyo caso, como vemos en las tablas ninguna puntuación sería significativa.

Los índices globales no se consideran significativos puesto que todos son inferiores a las puntuaciones obtenidas por el 80% de la población :

GSI: 0,46 (PC=65)
PST: 28 (PC=70)
PSI: 1,5 (PC=45)

ESCALAS (Dimensiones sintomáticas)	PUNTUACIÓN OBTENIDA	POBLACIÓN NORMAL (Pc)	POBLACIÓN CLÍNICA (Pc)
Somatización	0,33	60	15
Obsesivo-compulsivo	0,90	80	35
Sensitividad interpersonal	0,11	20	10
Depresión	0,53	55	20
Ansiedad	0,10	15	5
Hostilidad	1,33	90/95	65
Ansiedad fóbica	0	5	5
Ideación paranoide	0,16	30	10
Psicoticismo	1,00	97	60

- *MMSE*

La puntuación obtenida (23 puntos sobre 30) refleja un posible deterioro neurocognostivo leve, a destacar de manera prominente la orientación temporal, en la que su ejecución ha sido nula; el sujeto se encuentra *desorientado en cuanto al tiempo en el que vive*, pudiendo confirmarse esto durante la entrevista. El resto de las pruebas han sido superadas satisfactoriamente a excepción de una pequeña desorientación espacial con respecto a la ubicación del lugar en el momento de la evaluación.

- *MCMI-II*

Código: -**-*137+6A28B"46B58A//-**-*//-**-*//-**-*//
Validez 0: Protocolo válido.

El sujeto respondió a las pruebas con sinceridad. Las puntuaciones obtenidas en la escalas de validez son: Validez V=0, Sinceridad X=60, Deseabilidad Y=55, Alteración Z=24. No superan una Tasa Base de 75, por lo que muestra que el evaluado ha tratado de expresar sus dificultades emocionales actuales, sin intentar disimular aspectos, ni dificultades personales. La interpretación de la prueba se ha realizado con las puntuaciones más altas que se han obtenido, ligeramente superior a una tasa base de 60, en las siguientes escalas: 1(esquizoíde), 3(dependiente), 7(compulsivo) y S(esquizotípico). Sólo se han obtenido datos que indican tendencias del funcionamiento de la personalidad. Las puntuaciones obtenidas no discriminan un nivel de funcionamiento crónico ni grave de la personalidad, ya que no superan una Tasa Base 75.

ESCALAS	TASA BASE
Esquizoide	66
Dependiente	61
Compulsivo (rígida)	60
Equizotípica	60

Esquizoide: Se trata de un sujeto que carece de deseo y parece incapaz de experimentar en profundidad dolor o placer. Parece encontrarse en un estado de fatiga y baja energía. Parece indiferente, distante. No responde a las acciones ni sentimientos de los demás, se muestra frío, con baja autoestima, y poca confianza en sí mismo.

Dependencia: Estas características quizás le lleven a buscar a una persona o grupo de iguales superior como fuente de protección y seguridad, sometiéndose a sus deseos con el fin de mantener su afecto. Dado que carga a

los demás con la responsabilidad de satisfacer sus necesidades y de enfrentarse a tareas adultas, carece de habilidades para el funcionamiento independiente, mostrando una personalidad inmadura. Este perfil básico apunta hacia un patrón de personalidad esquizoide.

Sin considerar un diagnóstico específico de personalidad patológica, podemos concluir que los resultados obtenidos muestran que D. Francisco presenta un patrón disfuncional cognitivo e interpersonal, que sin llegar a ser patológico, se caracteriza por preferir el aislamiento social, con mínimas obligaciones y apegos personales. Se muestra cognitivamente confuso, pasivo, mostrando desconcierto emocional y aplanamiento afectivo, coincidiendo con un modo esquizoide de comportamiento.

- ***MMPI-2***

Código: 18+32-50 67 / 49: L´ F+ K-
Índice de Gough (F-K): 16-21= -5. Ligera disimulación de síntomas. Perfil válido e interpretable.
Indice de Goldberg : Si (L+Pa+Sc-Hy-Pt)>45= Psicosis : 74. Sintomatología psicótica

ESCALAS	P. D.	P. T.
¿ (interrogantes)	0	válido
L (mentira)	10	71
F (incoherencia)	16	65
K (corrección)	21	64
Hs (Hipocondría)	12	68
D (Depresión)	27	60
Hy (Histeria de conversión)	28	62
Pd (Desviación psicopática)	14	46
Mfv (Masculinidad)	28	56
Pa (Paranoia)	13	55
Pt (Psicastenia)	12	55
Sc (Esquizofrenia)	22	65
Ma (Hipomanía)	12	40
Si (Introversión social)	33	56

A- Interpretación de la validez:

Validez del perfil: Las escalas de validez nos aportan los siguientes datos:

L (Mentira) (71): El sujeto se presenta con un estilo represivo y un estado de confusión, quizás falta de comprensión ante la interpretación de algunos ítems. Perspectiva fuertemente moralista o muy reservada del individuo.

F(Incoherencia) (65): Existe una elevación de esta escala que proviene fundamentalmente de la segunda mitad de los ítems contestados, de la escala Fb (83)en la que se identifica a sujetos que han dejado de prestar atención a los

ítems del test y han cambiado hacia un patrón de respuesta esencialmente azaroso. Hemos de suponer por tanto, que el peritado comenzó el cuestionario con una actitud positiva, pero poco después empezó a responder descuidadamente (a muchos ítems como "falso"), posiblemente debido a cansancio, fatiga o falta de concentración. Se presenta el sujeto con problemas de sociabilidad y propenso a cambios de humor, desasosegado, inquieto, insatisfecho; incluso como una persona cambiante e impredecible.

K (Corrección) (64): La validez podría ser un tanto cuestionada debido a una defensividad moderada o una negación del problema. Se muestra clínicamente defensivo, todo lo niega, e incluso intolerante y sin capacidad para la intuición. Es posible que las puntuaciones en esta escala reflejen una tendencia al sesgo, de forma sutil, de las propias respuestas en una dirección que minimiza las implicaciones de un pobre control emocional e ineficacia personal. Las puntuaciones elevadas en esta escala están asociadas con niveles socioeconómicos más altos, estos sujetos pueden dudar sobre arriesgar revelaciones que podrían amenazar una pérdida de ese estatus o reputación que presentan ante los demás como consecuencia de admitir problemas emocionales, dudas, inseguridades, o quizás, problemas en sus familias. Intenta sesgar sus respuestas de modo que les protejan de amenazas de revelaciones personales. Por tanto, esta escala puede reflejar una forma sutil de autoensalzamiento y resistencia a aparecer como incompetente, poco ajustado o carente de autocontrol sobre la propia vida.

TRIN (Inconsistencia de las respuestas verdadero)(PD:6): Válido. Aparece una tendencia a la no-aquiescencia de las respuestas, es decir, una tendencia a contestar falso indiscriminadamente. Consiste en una advertencia de que el sujeto puede haber respondido al cuestionario indiscriminadamente, pero en este caso, se explica mejor por su falta de motivación, el sujeto no sabe o no contesta.

*VRIN (Inconsistencia de respuestas variables)(PD:15):*Validez cuestionable. Esta puntuación nos aporta indicios de posibilidad de respuestas al azar. Esta elevada puntuación en VRIN junto a la elevada también en F avalan nuestra hipótesis de que el peritado ha respondido de esta manera debido a factores de descuido y confusión.

B. Interpretación de Escalas clínicas:

En cuanto a las Escalas clínicas ninguna de las mismas supera el punto de corte de 70 para presentar una acentuada psicopatología, sin embargo las puntuaciones obtenidas reflejan tendencias en la personalidad. A destacar:

Hs (Hipocondría): La puntuación típica obtenida es de 68 puntos lo que refleja en el peritado preocupaciones somáticas, exageración de problemas físicos, falta de energía, insatisfecho, presentando en general, quejas variables y múltiples. Existe una correlación entre las escalas de Hs (68) y Hy (Histeria) en

la que el sujeto no ha obtenido una puntuación representativa (62); pero lo que sí es interesante en este caso es que al ser Hs más elevada se presentan en el sujeto una serie de molestias físicas variadas que lo aquejan y es fácil en este caso establecer la presencia de un factor psicológico importante en el cuadro patológico, en lugar de un origen físico. Quizás todo esta sintomatología hipocondríaca pueda explicarse como consecuencia del abuso de sustancias.

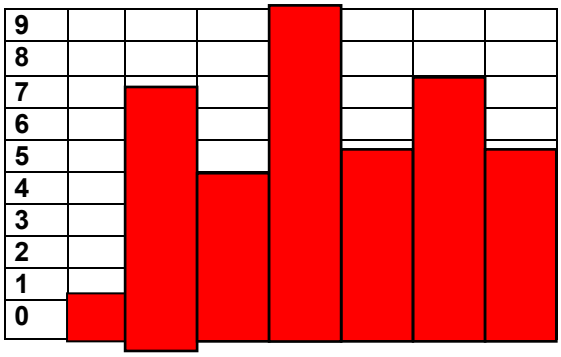
Sc (Esquizofrenia): La puntuación típica alcanza los 65 puntos y nos muestra a una persona esquizoide de estilo libre, confuso, miedoso, reservado, no comprometido, con una elevada fantasía y ensueños excesivos, pero que en ocasiones alcanza a mantener adaptación social según sus intereses.

C- Integración de Escalas clínicas:

El peritado respondió a los items mostrando un perfil de somatización leve en una personalidad confusa, inmadura, alienada y esquizoide. El sujeto presenta dificultades y síntomas adicionales como: confusión, rasgos esquizoides, inmaduro, alienado y existe la posibilidad de una psicosis.

- A.S.I.

De acuerdo con el modelo del Índice de Severidad de la Adicción (A.S.I.) (Mc-Mellan, et al., 1992; 5ª ed.) entendemos la severidad de la adicción como la evaluación de la severidad del problema en siete áreas : 1. Estado médico general; 2. Situación laboral y financiera; 3. Consumo de alcohol; 4. Consumo de drogas; 5. Problemas legales; 6.Familia y relaciones sociales; 7. Estado psicológico. De acuerdo con una escala de 10 puntos(de 0 -no hay necesidad de tratamiento; a 9 -necesita intervención inmediata por peligro vital) que mida la severidad o la necesidad de tratamiento adicional, en una valoración subjetiva pero globalizada y sistematizada obtendríamos una *puntuación de 6-7 lo cual supone una necesidad de tratamiento moderado, llegando a ser absolutamente necesario en el área 4: Consumo de drogas.*



PROBLEMAS	MÉDICOS	LAB./FINANC.	ALCOHOL	DROGAS	LEGAL	FAM./SOCIAL	PSIQUIATR.

6. DIAGNÓSTICO

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA EN LOS 5 EJES:

La impresión diagnóstica presentada a continuación esta realizada en base a criterios DSM-IV, emitidos por la Asociación Americana de Psiquiatría, (APA, 1994), donde es propuesto un diagnóstico Multiaxial:

EJE- I: Trastorno por dependencia de cannabis con dependencia fisiológica y en remisión parcial temprana (F12.20) .

EJE-II: Z03.2 Sin diagnóstico en el Eje II V71.09
(Características desadaptativas de personalidad esquizoide y dependiente que no cumplen los mínimos necesarios para constituir un trastorno: ver discusión forense)

EJE-III: NINGUNO.

EJE-IV: Problemas psicosociales y ambientales:

1. Problemas relativos al grupo primario de apoyo: disciplina inadecuada, conflictos con los padres…
2. Problemas relativos al ambiente social: apoyo social inadecuado.
3. Problemas relativos a la enseñanza: absentismo escolar, varias expulsiones de varios centros, conflictos con los profesores...
4. Problemas relativos a la interacción con el sistema legal o el crimen: espera de juicio.

EJE-V: Evaluación de la actividad global (EEAG): 55. Síntomas moderados o dificultades moderadas en la actividad social, laboral o escolar.

7. FORMULACIÓN FORENSE.

Según impresión clínica, la conducta problema es el consumo de sustancias. Esta conducta puede explicarse en su origen por unos rasgos

desadaptativos de personalidad como antecedentes remotos, junto a un cambio de colegio al terminar primaria.

En plena adolescencia, con 14 años pasa a otro centro para cursar secundaria y cambia de amistades. Coincidiendo con un episodio de depresión mayor, cuyo tratamiento abandona.

Ante estas nuevas circunstancias, comienza a sentir la necesidad de aprobación y pertenencia al nuevo grupo de iguales. Comienza el absentismo escolar, el consumo de drogas y las conductas antisociales, apareciendo en esos momentos un Trastorno por dependencia al cannabis y un Trastorno Disocial de la personalidad (según documentación que aporta).

Circunstancias que se acompañan por un estilo educativo parental permisivo, que carece de autoridad y que permiten al peritado el desarrollo de unas normas y una moralidad idiosincrática influenciada por el grupo desviado de iguales con el que se relaciona. La familia durante el proceso de socialización, falla en la transmisión de los códigos sociales y de moral (Graña, J.L, 1994). El joven aprende una cultura de la calle que refuerza el riesgo, la aventura, el peligro. En este grupo aprende que la aceptación grupal conlleva realizar conductas desadaptativas que refuerzan su pertenencia al grupo y por tanto su autoconcepto. Los miembros de esta subcultura valoran mucho la agresividad, el valor físico y la capacidad para infundir miedo. Se sumerge en un estilo de vida que está en contacto con la droga, que tiene carácter funcional en el sentido que actúa como fuerte punto de unión con el grupo. El estilo de vida de un consumidor de cannabis se caracteriza por un patrón de conducta que se repite varias veces al día, un código verbal y simbólico.

Un cúmulo de situaciones estresantes en su vida (fracaso escolar, necesidad de ser alguien, de reconocimiento, problemas con sus padres) además de lo mencionado anteriormente, ayudan a configurar una serie de rasgos antisociales desadaptativos de personalidad tales como inmadurez, aplanamiento afectivo, baja tolerancia a la frustración, impulsividad, irresponsabilidad, fracaso en consideración de otras alternativas, conductas delictivas y un carácter introvertido además de otros rasgos de dependencia al grupo de iguales.

Las respuestas aprendidas a lo largo de su historia personal (grupo-consumo de drogas-conductas antisociales) han impedido el desarrollado de habilidades para desenvolverse en cualquier ámbito social, académico, familiar....

La comisión del delito le lleva al abandono de su estilo de vida y del grupo de iguales. Deja de salir y queda recluido en casa, sometido al control parental pero sin abandonar el consumo de cannabis y de otras sustancias tóxicas. Está situación le lleva a sufrir una psicosis tóxica o un componente psicótico

posiblemente de causa tóxica y no bien organizado aún, por lo que el consumo se suspende de inmediato.

Actualmente no consume desde hace 6 meses aproximadamente y en el momento de la evaluación presentaba claros síntomas del Síndrome Amotivacional producido por el consumo prolongado de cannabis y que se caracteriza por pasividad, aplanamiento afectivo, apatía, problemas de memoria.

7.1. MODELO PSICOPATOLÓGICO Y CONTRASTE DE HIPÓTESIS

En el presente informe pericial psicológico y partiendo de la información obtenida durante el proceso de evaluación al peritado, se proponen las siguientes hipótesis:

A.- Existe una relación significativa entre la conducta problema (drogodependencia) que presenta D. Francisco y el hecho delictivo que se le imputa (tráfico de drogas).

B.- La conducta problema no guarda relación con el hecho delictivo que se le imputa.

El contraste de hipótesis es realizado a partir de una completa exploración psicológica sobre D. Francisco, y no exclusivamente a partir de sus propias referencias. Está fundamentado en información obtenida a partir de :

- Entrevistas realizadas tanto al peritado como a terceras personas (su padre y madre).

- Exploración psicopatológica mediante observación clínica.

- Revisión de documentación aportada.

- Análisis funcional de los principales problemas que presenta D. Francisco en la actualidad.

- Estudio de los factores de vulnerabilidad y predisposición.

- Resultados de las pruebas psicodiagnósticas aplicadas.

- Datos obtenidos de la bibliografía y avances actuales en las investigaciones.

Las entrevistas realizadas nos permitirán obtener una valiosa información sobre el *estado mental actual de D. Francisco y hacer consideraciones de carácter retrospectivo sobre su estado en el momento de los hechos,* a pesar de no haber podido obtener datos puntuales y concretos. La manera de recordar

acontecimientos y el orden de los mismos, además de su interacción con las evaluadoras (mediante la comunicación verbal y no verbal) nos aportan información a contrastar con el resto de datos. Dicha información ha sido complementada con el análisis de la documentación examinada, facilitada por los padres del peritado, a la que se ha hecho mención al comienzo del presente informe; así como con entrevistas personales y telefónicas con su padre y madre (sobre todo para ordenar datos cronológicos que el peritado era incapaz de hacer) y demás métodos de la exploración.

Es a partir de toda esta información cuando obtenemos una visión global sobre la historia vital de D. Francisco (infancia y desarrollo personal, problemas familiares, situación escolar, conductas problemáticas, historia de consumo...).

En la historia del evaluado destacamos su constante bagaje académico, que junto con la aceptación de un rol en un nuevo grupo de iguales en el que predominan las conductas antisociales, acompañado del inicio en el consumo de sustancias, han desencadenado en el sujeto su problema de drogodependencia y síndrome amotivacional y amnésico debido al consumo.

En la exploración psicopatológica llevada a cabo durante el periodo de evaluación a D. Francisco y por medio de la observación clínica, se refleja un aplanamiento emocional, desmotivación total y numerosos síntomas del síndrome amotivacional y amnésico (baja concentración, falta de atención...) fruto del consumo abusivo y crónico de hachís. Toda esta situación esta interfiriendo en el plano social, familiar, académico e interpersonal del evaluado.

Gracias al análisis funcional de los problemas considerados como más relevantes para la emisión del presente informe se puede comprender cómo se produce la adquisición, desarrollo y afianzamiento de los diversos problemas, pudiéndose comprobar la forma de responder del sujeto a distintos niveles (motor, cognitivo, fisiológico y afectivo) y comprobándose su modo de interaccionar con el mundo. Queda claro con este nivel de análisis como sus conductas antisociales, la dependencia de hachís, así como su posterior síndrome amotivacional y amnésico están afectando al sujeto de un modo significativo en la actualidad.

El estudio de los factores de vulnerabilidad señala los aspectos propios del evaluado que han podido ser relevantes a la hora de predisponer al sujeto para padecer su sintomatología actual, así como los aspectos de carácter familiar, interpersonal y académico considerados como significativos para la realización del presente informe. De entre ellos destacan un estilo educativo permisivo, absentismo y fracaso escolar junto a una baja autoestima e inmadurez y la necesidad de aprobación por parte del grupo de iguales.
Las pruebas psicodiagnósticas empleadas para mejorar el proceso de evaluación del sujeto muestran unos resultados coherentes entre sí mismas, proporcionando valiosa información a la hora de realizar una valoración del sujeto evaluado. En ellas destacan su desorientación temporal, leves

somatizaciones y una personalidad inmadura, alienada y esquizoide con tratamiento absolutamente necesario en cuanto al consumo de drogas.

Mediante la revisión de bibliografía científica tomada en consideración como relevante para el análisis de este caso, se ha podido obtener información acerca de la relación existente entre el abuso de este tipo de sustancias (hachís) junto con las consecuencias derivadas del mismo (síndrome amotivacional, amnésico, deterioro neurológico), conductas antisociales y delincuencia; para poder así verificar si se esta ante una situación problemática ya estudiada desde el ámbito de la psicología clínica y forense.

Es en base a todo lo mencionado en este apartado de contraste de hipótesis, lo que permite aceptar la *hipótesis A*, ya que se tienen suficientes elementos que permiten su apoyo y justificación dados los resultados de la exploración y evaluación psicológica realizada, así como con la confrontación con el material técnico que ha sido empleado. Esto es, partiendo del hecho de que el peritado en el momento de la comisión del hecho delictivo presentaba unas capacidades cognoscitivas intactas y volitivas mermadas *por el consumo de sustancias*, se puede considerar que la *conducta problema*, en este caso la *dependencia al hachís* que constituye una patología clínica, presente en el peritado, *guarda relación y explican en parte la comisión del delito imputado.*

7.2.-DISCUSIÓN FORENSE.

A pesar de que el uso de sustancias adictivas no es, en ningún caso, un fenómeno novedoso en nuestra civilización sí lo es el hecho de que hayan dejado de ocupar un lugar restringido a determinados estamentos sociales para extenderse a cualquiera de los segmentos de la población. Así pues, el consumo de drogas ha pasado a ser un hábito consolidado dentro del funcionamiento social y cultural y, por ello, se ha configurado como uno de los grandes problemas de carácter social por sus desastrosas consecuencias a nivel comunitario y de salud (Muñoz-Rivas, Graña y Cruzado; 2000). Esta situación se pone de manifiesto en el caso que nos ocupa, pues nos encontramos ante una dependencia de cannabis en un gran consumidor que pertenece a un nivel socioeconómico medio-alto inserto en una familia acomodada, así como de todas las consecuencias perjudiciales que se han derivado de este consumo abusivo y crónico.

Esta situación de gravedad y alarmante incremento de uso de sustancias por parte de los más jóvenes, toma especial relevancia cuando se tiene en consideración que la adolescencia se configura como un periodo vital de especial riesgo para uso / abuso de drogas, al ser en esta etapa en la que se realizan los primeros acercamientos a las sustancias adictivas y el mantenimiento de patrones de consumo que, en gran parte de los casos, llegan a consolidarse en la vida adulta. Además, es necesario recordar que este momento evolutivo es un período de transición de la infancia a la madurez en el

que se producen una gran cantidad de cambios corporales, afectivos, cognitivos y de valores que junto con un mayor deseo por obtener experiencias novedosas e intensas, por ampliar las redes sociales y la búsqueda de autonomía y de una identidad propia al margen de los convencionalismos, le convierten en un período de especial vulnerabilidad y proclive al desarrollo de conductas asociadas al consumo de drogas (Muñoz-Rivas, Graña y Cruzado; 2000).

I. *Sobre la psicopatología detectada en el señor D. Francisco:*

El cannabis es probablemente la sustancia ilegal más consumida en el mundo. Está entre las primeras drogas de experimentación (con frecuencia en la juventud) entre todos los grupos culturales. Como muchas otras drogas ilegales, los trastornos por consumo de cannabis se presentan más frecuentemente en varones y la prevalencia es más habitual en personas entre los 18 y los 30 años (APA; 1995).

El peritado presenta un *trastorno por consumo de cannabis con dependencia fisiológica*.

La drogodependencia se define como un hábito sobreaprendido que se caracteriza por un estilo de vida centrado en la búsqueda y autoadministración de drogas y unas consecuencias negativas a nivel personal, social, familiar, legal, médico y psicológico.

Sujetos como el peritado, presentan un consumo compulsivo y en general no suelen presentar una acusada dependencia fisiológica debido a que al cesar el consumo continúan liberándose de los cannabinoles acumulados, generando niveles plasmáticos progresivamente decrecientes de tetrahidro-cannabinoles. Estas características cinéticas de los cannabinoles enmascaran la aparición del síndrome de abstinencia ya que se produce una "desintoxicación" progresiva "fisiológica"(Abenza Rojo,2001). Sin embargo, la tolerancia a muchos de los efectos del cannabis se observa en el caso de consumidores crónicos; tal es el caso de D. Francisco que consume aproximadamente de manera habitual desde los 13 ó 14 años de edad, y ha ido incrementando la dosis de cannabis hasta llegar a consumir unos 6 gramos diarios (Fenómeno de tolerancia: con la misma dosis no consigue los efectos deseados y ha de aumentarla progresivamente). También se han observado algunos síntomas de abstinencia pero sin significación clínica. Los sujetos con dependencia de cannabis consumen abundantes cantidades a lo largo del día durante meses o años e invierten muchas horas para adquirir o consumir la sustancia, lo que interfiere con frecuencia las actividades sociales, laborales o recreativas. D. Francisco como hemos visto, mantiene un consumo abusivo de cannabis, y su vida en los últimos tiempos ha girado en torno a un grupo de iguales consumidores en su práctica mayoría, ha abandonado los estudios y sus actividades de ocio se limitan a quedar con este mismo grupo en parques donde suelen juntarse para consumir. Además suelen persistir en el consumo a pesar de conocer los

problemas físicos (presenta tos) y psicológicos (sedación excesiva por el consumo de elevadas dosis: "*me quedo encongao")* que ello comporta.

El responsable directo de los efectos psíquicos del cannabis es el D-9-Tetrahidrocannabinol (THC), cuya concentración en las diferentes preparaciones usadas varía según el tipo de planta y la zona geográfica de cultivo.

Entre los signos cognitivos y comportamentales del consumo de cannabis (Schwartz, R.H., 1991), los que observamos en nuestro peritado son los siguientes:

1 - Cognitivos:

- Disminución de la memoria a corto plazo (durante la ejecución de las pruebas psicológicas las frases demasiado largas era incapaz de procesarlas y había que repetírselas mas despacio).

- Razonamiento abstracto deteriorado.

- Letargia (sus movimientos son lentos, y aparece como dormido).

- Elevada irritabilidad (disminución de la tolerancia a la frustración, cambios importantes de humor).

2 - Comportamentales:

- Abandono y aislamiento social (su vida social se restringió a quedarse en casa encerrado en su cuarto jugando a la "play" y ocasionalmente algún amigo le hacia una visita esporádica).

- Cambio en la identificación entre sus iguales.

- Alteración de sus relaciones interpersonales (aumento de la agresividad, mentir, hostilidad, insensibilidad hacia los sentimientos o necesidades de los demás)(no soporta tener pareja durante más de un mes: "no la aguanto", ha tenido episodios de peleas...).

- Disminución de las inhibiciones.

- Aumento en la actitud de arriesgarse (realizando actividades de riesgo como mantener relaciones sexuales sin protección).

- Disminución en la motivación (se encuentra en el momento de la exploración ante una falta de motivación absoluta para realizar cualquier actividad).

- Disminución en el rendimiento laboral o académico (ha repetido 4 veces 2º ESO básicamente debido a un absentismo escolar casi absoluto, su incursión en el mundo laboral se centra en una semana trabajando como peón de albañil).

- Comportamiento ilegal (hurto de moto sin candado, conducir bajo la influencia del cannabis...).

Los signos y síntomas físicos que podemos encontrar fruto del consumo de cannabis son:

1. Agudos (durante la intoxicación):

- Aumento en la frecuencia cardíaca
- Pupilas dilatadas
- Conjuntiva congestiva
- Orofaríngeos
- Lengua decolorada
- Tos seca no productiva
- Pulmonares
- Congestión nasal
- Bronquitis, exacerbación de asma
- Infecciones frecuentes del tracto respiratorio superior
- Reflejo sensitivomotor
- Coordinación muscular disminuida
- Aumento del tiempo de reacción
- Neurooftálmicos
- Seguimiento visual deteriorado
- Alteración en la percepción e intensidad de los colores

Aunque estos síntomas no han podido ser observados en nuestro peritado, debido a que en el momento de la exploración se encontraba en periodo de abstinencia desde hacia unos 5 meses aproximadamente.

En cuanto al deterioro o trastorno neurológico producido por el consumo de cannabis, los estudios actuales no detectan que el uso de marihuana correlacione con ningún deterioro neurológico aunque sí es verdad que en D. Francisco se han observado indicios de un posible deterioro neurocognoscitivo leve. Esta hipótesis se deriva del examen cognoscitivo mini-mental (en el que el peritado se encuentra desorientado temporalmente)y de lo observado por las evaluadoras durante la entrevista en la que observamos enlentecimiento, falta de atención y supuestos problemas de memoria, relacionados con un posible deterioro. Sería conveniente una exploración neuropsicológica en profundidad para confirmar esta posibilidad.

Normalmente estos sujetos suelen ser polidependientes, y si bien en nuestro sujeto la dependencia más crónica ha sido la de cannabis, sí que ha existido consumo de tranquilizantes (durante un año aproximadamente según refiere), abusos de alcohol y consumos esporádicos de cocaína.

Generalmente, el consumo de cannabis produce una euforia más o menos leve, con distorsiones sensoriales, cambios en la vivencia del tiempo, sensación de apatía, pérdida de apetito... En casos más graves pueden producirse alucinaciones, despersonalización y un síndrome paranoide. Todos estos síntomas han podido ser observados en D. Francisco y si bien no ha llegado a desarrollar un síndrome paranoide, sí es verdad que sufrió una "Psicosis tóxica o un componente psicótico posiblemente de causa tóxica y no bien organizado aún" por consumo de hachís en febrero de 2003 aproximadamente, y desde entonces está siendo tratado con *Risperdal.*

El seguimiento de consumidores de THC desde el inicio de la adolescencia (como es el caso de nuestro peritado) demostró que cinco años después abandonaban los estudios, no percibían peligro en otras drogas, menospreciaban el uso de preservativos en las relaciones sexuales, con el consiguiente incremento del riesgo para el SIDA y se involucraban en actividades delictivas (Quiroga, M.). Todas estas conductas han sido referidas por D. Francisco durante la exploración, entrevista y pruebas practicadas.

Desde el año 1997, la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que el cannabis incide negativamente sobre la salud mental porque parece *ser capaz de originar síndrome de dependencia* similar al de otras drogas, *inducir psicosis propias, causar un síndrome amotivacional,* y precipitar el inicio y exacerbar el curso de la esquizofrenia.

Como consecuencia del consumo crónico y prolongado de cannabis, D. Francisco ha desarrollado el llamado síndrome amotivacional y un posible síndrome amnésico, además de un brote psicótico puntual debido al consumo.

El *síndrome amotivacional* se produce debido al consumo de cannabis durante años y persistiría una vez interrumpido dicho consumo. Los síntomas se explican por cambios hormonales, daño cerebral, sedación y depresión. Se

entiende como un estado de pasividad e indiferencia, caracterizado por disfunción generalizada de las capacidades cognitivas, interpersonales y sociales.

Los sujetos que lo sufren pasarían a ser pasivos, sin objetivos en la vida, apáticos, poco comunicativos, y sin ambiciones. Todos estos síntomas fueron corroborados en D. Francisco durante la entrevista; se mantuvo todo el transcurso de la misma con una indiferencia y falta de motivación y energía absoluta, y apenas comunicaba (la mayoría de las veces y siempre ante nuestra insistencia contestaba con monosílabos). Además, como ya hemos comentado anteriormente, existen sospechas de deterioro de sus capacidades cognitivas, y sí queda comprobado durante la entrevista su deterioro de las capacidades interpersonales y sociales (no parece tener habilidades para el cortejo, apenas se interesa por el sexo opuesto, falla en algunas habilidades sociales y sus amistades están bastante limitadas).

En cuanto al *posible síndrome amnésico* debido al consumo de cannabis, es posible que no sea tal, sino un deterioro cognitivo parte del síndrome amotivacional, o incluso que este contaminado por la falta de motivación que presenta y no sea más que falta de atención en lugar de un trastorno neurológico de la memoria. Es por ello, que aunque parece cumplir criterios para el síndrome amnésico es necesaria una evaluación neuropsicológica más profunda para determinar el alcance en la lesión cognoscitiva (principalmente memoria) si es que la hay, y su origen en caso afirmativo.

Los criterios que suponemos podría cumplir D. Francisco para el diagnóstico de este síndrome según la CIE-10 son: deterioro notable y persistente de la memoria para hechos recientes y la memoria remota se afecta en algunas ocasiones (ante diversas preguntas como que había cenado la noche anterior, que había hecho hacía un par de días anteriores a la exploración contesta con dificultad), mientras que esta conservada la capacidad para evocar recuerdos inmediatos (ejecución perfecta en las pruebas del examen mini-mental en memoria de fijación y repetición). También suelen estar presentes un trastorno en el sentido del tiempo, con dificultades para ordenar cronológicamente acontecimientos del pasado (prácticamente imposible recoger información ordenada acerca de su los últimos 4 años de su vida, sobre todo cronología). El resto de las funciones cognoscitivas parecen estar relativamente bien conservadas y los defectos mnésicos son notablemente mayores que los de otras funciones (esto puede observarse fielmente en los resultados del mini-mental en el que la ejecución en el resto de pruebas que implicaban funciones cognoscitivas diferentes fueron realizadas correctamente).

Con respecto al *"Trastorno psicótico inducido por cannabis "* que D. Francisco pareció desarrollar entre diciembre y febrero de 2003 que es cuando su psiquiatra se lo diagnostica y le pauta un tratamiento con *Risperdal*®, no sabemos bajo qué condiciones se desarrolló, puesto que él no lo describe y lo sabemos por referencia de la madre y el informe remitido del psiquiatra.

Sabemos que sí se mantenía todavía el consumo de hachís y que a partir de ese momento se reduce y posteriormente se erradica el consumo totalmente hasta el día de hoy, y que no se ha vuelto a repetir.

Es de gran relevancia investigar sobre el origen de este trastorno psicótico. Esto no será posible hasta que el período de abstinencia a las drogas se establezca en como mínimo un año. A partir de ahí sí que podríamos evaluar si ha sido provocado por el consumo de sustancias psicotrópicas o simplemente ya estaba presente ("*trastorno esquizofrénico con predominio de síntomas negativos"*) y sólo ha sido exacerbado por el consumo. Puede afirmarse que con muy alta probabilidad, la dependencia cannábica se encontraba presente al tiempo de suceder los hechos de autos y afectaría muy notablemente al comportamiento de D. Francisco. Considerando su evolución psicobiográfica y el resto de datos obtenidos en nuestra evaluación, podemos inferir que tal dependencia, unidos a ciertos rasgos de personalidad detectados (esquizoides y dependientes) no impide al explorado comprender la ilicitud de sus actos (dimensión cognoscitiva), pero sí afecta notablemente la capacidad de D. Francisco para adaptar su comportamiento a esa comprensión (dimensión volitiva).

Por último sería interesante recoger aquellos factores de riesgo que han llevado a D. Francisco al consumo de cannabis de manera crónica:

- Factores de riesgo: Historia personal o familiar de consumo de drogas ilegales (su tío paterno sufrió un trastorno psicótico por el consumo de cannabinoides y aunque en remisión, actualmente sigue recibiendo tratamiento).

- Trastornos del humor (según informe de su psiquiatra a los 14 años inicia cuadro clínico compatible con episodio depresivo mayor y a los 18, sufre un episodio depresivo mayor recidivante moderado, aunque ya coexiste con el trastorno por dependencia a cannabis grave con dependencia fisiológica).

- Inmadurez de desarrollo.

- Baja autoestima, sentimientos de incapacidad.

- Falta de responsabilidad... (Estos 3 últimos los observamos durante el desarrollo de la exploración y mediante el estudio de su personalidad).

II. Sobre la estructura de personalidad del peritado.

Los efectos inmediatos directos del THC sobre la salud mental además de los estados de intoxicación aguda son la modificación de los síntomas en algunas enfermedades mentales (patoplastia), inducir reacciones ansioso-

depresivas cuando el consumidor se encuentra en situaciones desfavorables y precipitar el inicio de una psicosis latente. Su uso intenso y prolongado en adultos produce deterioro mental y físico y *en los adolescentes impide la adecuada maduración de la personalidad.*

En cuanto a su personalidad con respecto al consumo de cannabis, parece haberse observado a lo largo de la exploración, una supuesta aparición de cambios en su personalidad; en estos cambios parece estar implicado el síndrome amotivacional.

De los datos recogidos sobre la biografía de D. Francisco necesarios para el estudio del desarrollo de su personalidad, encontramos que a la par que empieza su dependencia de cannabis (14 ó 15 años) aparece un cuadro clínico que reúne características del *trastorno disocial de inicio en la adolescencia y de gravedad moderada* (según criterios DSM-IV) diagnosticado en 1998, y que viene definido por un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que se violan los derechos básicos de otras personas o normas sociales importantes propias de la edad, manifestándose por agresiones y amenazas de agresión, actitud de permanente falta de respeto a los padres y desafíos a su autoridad, absentismo escolar, desaparición de dinero y objetos del hogar, uso de drogas, actos ilegales repetidos que son motivo de detención, mentiras repetidas, irresponsabilidad persistente, impulsividad,...todos encontrados en el peritado.

En cuanto a la evolución de su personalidad de los 15 en adelante, continúan las conductas antisociales mencionadas anteriormente a la vez que el consumo de cannabis, si bien cuando es sometido a la exploración por parte de las peritos había abandonado el consumo desde abril de 2003 y cuenta con tan solo 19 años de edad, lo que hacen que aún su personalidad no esté "cristalizada" del todo. La exploración ha resultado muy contaminada en cuanto a las pruebas y exploración clínica se refiere debido al síndrome amotivacional que mencionamos más arriba (estado de pasividad e indiferencia, disfunción generalizada de las capacidades cognitivas, interpersonales y sociales; pasivo, sin objetivos en la vida, apático, poco comunicativo...). Esto explica que el sujeto no describa en la actualidad las conductas antisociales que anteriormente presentaba, así como un pobre contacto social, y una desmotivación y falta de energías absolutas que según informes de la madre, no presentaba antes, pues dice haber sido un niño cariñoso.

Teniendo en cuenta estas limitaciones, las pruebas de personalidad nos revelan características desadaptativas de personalidad que no cumplen los criterios mínimos necesarios para constituir un trastorno:

Rasgos esquizoides: que caracterizan una personalidad con dificultad para experimentar las recompensas, las experiencias positivas y los placeres de la vida. *Ausencia de respuestas ante cualquier estímulo, inactividad, falta de iniciativa y pasividad*. Se manifiesta *desvinculado, autosuficiente* y con una

moralidad idiosincrásica. Mientras que en el fondo es extremadamente sensible, necesitado de emociones, hipervigilante, a menudo perverso y vulnerable a la corrupción. Estos rasgos de personalidad pueden ser consecuencia o parte del síndrome amotivacional.

Rasgos dependientes en sentido funcional, dado que necesita a los demás para que le digan lo que tiene que hacer, le protejan y le den seguridad, ya que *carece de habilidades para el funcionamiento independiente*. Posee una *baja autoestima* y es *inmaduro emocionalmente*, rasgos que bien podría haber presentado con anterioridad al síndrome amotivacional, si bien también son consistentes con el cuadro presentado.

Por tanto, finalmente en cuanto a su personalidad no podemos diagnosticar ningún trastorno debido a que en la actualidad no cumple criterios, estos suelen diagnosticarse a partir de los 25 años de edad cuando la personalidad ya esta conformada, y además su habitual modo de ser se ve contaminado en este momento debido al síndrome amotivacional que sufre como consecuencia del consumo crónico de cannabis y que le ha llevado a este estado de pasividad, desmotivación, falta de energía y aplanamiento afectivo y pobre contacto interpersonal.

Con las pruebas realizadas en la actualidad no podemos inferir su personalidad en el momento de los hechos pero sí entresacar los aspectos de la misma de los informes aportados por la familia y el estudio de la documental.

III. Sobre la relación entre los presuntos hechos delictivos cometidos por D. Francisco y la psicopatología detectada.

Es bastante congruente y acertado pensar que efectivamente el delito cometido por D. Francisco es fruto de la psicopatología que padece, un trastorno por dependencia a cannabis grave con dependencia fisiológica que le ha llevado a mantener un tráfico a pequeña escala entre amigos y conocidos para poder mantenerse el consumo. Los pequeños robos que llevaba a cabo en casa no eran suficientes así que mediante esta práctica conseguía mantener su adicción y conseguir la cantidad necesaria de hachís que consumía diariamente que, según relata y en función del deterioro observado en el sujeto, era bastante elevado, unos 6 gramos diarios si bien ha llegado a consumir un máximo de 24 al día.

Si establecemos el coste que mantener esta adicción supone para un adolescente de unos 15 años (cuando comenzó) nos daremos cuenta de la necesidad del tráfico a pequeña escala que es necesario para mantener este tipo de consumo. Gastaba sólo en hachís una media mínima de 24 euros, estando el tope cuando llegaba al consumo de 24 gr. en 96 euros aproximadamente, demasiado elevado para el poder adquisitivo de un adolescente que no trabaja y que vive en casa con sus padres.

Hay estudios que avalan que este tipo de drogodependencia no existe peligrosidad criminal puesto que la criminalidad asociada al consumo de cannabis es prácticamente inexistente, a excepción de las conductas delictivas que se derivan de su obtención ilegal. Más que criminalidad, este consumo lleva a actitudes pasivas de auto-marginación social, por eso es tan importante incluir en el tratamiento, el entrenamiento en todas aquellas habilidades sociales carentes en D. Francisco.

IV. Sobre las posibilidades de tratamiento y pronóstico.

Se hace necesario el tratamiento para el consumo de cannabis en el peritado, sobre todo enfocado a los aspectos más cognitivos de la dependencia, ya que en la actualidad la abstinencia se mantiene única y exclusivamente por el medio, familiar, restringido y protegido en el que se encuentra.

La aparición en una persona determinada de una dependencia respecto de una droga en particular depende de la acción conjunta de tres factores, los cuales debemos conocer para poder intervenir sobre la adición:

- *Características farmacodinámicas de la droga* en combinación con la *cantidad* utilizada, la *frecuencia* de uso y la *vía de administración*.

- Las *características personales* (edad, características de personalidad y vulnerabilidad al estrés) y los *antecedentes psicológicos*.

- *Naturaleza del medio sociocultural* general y de las *circunstancias ambientales* concretas.

Sabemos que las drogodependencias se pueden tratar hoy en día con eficacia si se desarrollan estrategias adecuadas de motivación, se seleccionan cuidadosamente cada paciente para cada programa específico, se establecen programas de tratamiento multidisciplinar y se aplican en los pasos oportunos del proceso terapéutico.

En el caso de D. Francisco contamos con unos obstáculos a la hora de intervenir como son la baja conciencia de enfermedad y la escasa motivación para el tratamiento. Ambas actitudes son normales en los casos de drogodependencias, ya que suelen acudir al tratamiento carentes de incentivos internos y obligados por factores externos como la familia, policía, problemas médicos o legales...Además estas actitudes suelen fluctuar en el tiempo ya que cualquier circunstancia externa suele influir en ellas al carecer de un convencimiento interno profundo. Verbalizaciones en el explorado acerca de que no se ve como un drogadicto, que puede dejarlo cuando quiera, y que seguiría fumando si tuviera dinero...además de no darle importancia a sus problemas de concentración y memoria, contribuyen a que no exista conciencia de

enfermedad y que el pronóstico sea algo más pesimista (si bien esto es bastante común en la mayoría de las adicciones).

Hay tres factores específicos que influyen en el grado de motivación ante el tratamiento:

1*. Falta de acceso a la sustancia adictiva*, D. Francisco lleva sin consumir cannabis desde abril de 2003.

2. *Presencia de estímulos aversivos asociados al consumo de drogas*, como es en su caso la existencia de problemas legales, la expulsión de varios centros educativos, problemas psicológicos y en la convivencia familiar...etc.

3. La existencia de *incentivos o de respuestas alternativas al consumo* con el fin de encontrar respuestas alternativas de reforzamiento, de las que carece D. Francisco y sobre las que se debe centrar la intervención.

A diferencia de otras toxicomanías, la dependencia al cannabis surge en la adolescencia por lo que requiere un proceso centrado en la INTEGRACIÓN, y no en la REINTEGRACIÓN en el marco social, laboral, familiar, escolar.. De ahí que la intervención no pueda centrarse en un mero tratamiento de desintoxicación.

Existen numerosos programas de tratamiento para las drogodependencias, pero en este caso dadas las circunstancias (evitar recaídas de su antigua dependencia al cannabis y tratar el síndrome amotivacional en que se encuentra actualmente), aconsejamos un programa que podría llevarse a cabo en el marco de una Comunidad terapéutica o a un nivel Ambulatorio, pero centrado en jóvenes que sean o hayan sido drogodependientes profundos y que carezcan de recursos conductuales, basando su eficacia en la autoayuda y en el apoyo mutuo del grupo así como en el tratamiento de otras habilidades como:

- Cambio del estilo de vida
- Planificación de la vida diaria.
- Trabajo y Formación.
- Ocupación del tiempo libre.
- Planificación de la vida futura.
- Entrenamiento en Habilidades Sociales.
- Entrenamiento en la solución de problemas.
- Tratamiento de las dificultades individuales.

- Terapia de familia.

Una última consideración en cuanto al pronóstico es que el tratamiento de las drogodependencias en todas sus fases es un proceso muy complejo que depende de múltiples factores que deben ser controlados en todo momento. En el caso de D. Francisco contamos con una serie de factores que van a ayudar en su recuperación: *disposición y ayuda por parte de la familia, abandono del consumo de cannabis desde hace aproximadamente unos 7 meses, alejamiento del grupo de consumo, corta edad del peritado y consecuencias negativas derivadas del consumo prolongado, como ha sido un brote psicótico, problemas legales y el síndrome amotivacional y problemas de atención y memoria relacionados.*

Como conclusión comprobamos que el consumo de cannabis ha llegado a un punto en el que D. Francisco ha perdido su capacidad de control respecto de la sustancia; se ha hecho *dependiente* de la misma. Ya no es capaz de decidir sopesando las ventajas y los sacrificios que representa para él su adquisición y consumo, y menos aún sus consecuencias. Por eso siempre está presente, de fondo, la alteración psíquica; aunque no se encuentre en estado de intoxicación aguda, ni bajo el efecto del síndrome de abstinencia.

Ha llegado a *desarrollar una drogadicción intensa y prolongada en el tiempo* (unos 5 años de adicción y una cantidad diaria de unos 6 gramos de media), de manera que ya no es un simple "modo de estar", sino que ha pasado a convertirse en un auténtico "modo de ser".

Esta *adicción ha llegado a producir un deterioro de la personalidad*, ha disminuido de forma notoria la capacidad de autorregulación del sujeto, llegando incluso a degenerar en un trastorno amnésico inducido por el consumo o un síndrome amotivacional, consecuencia también del mismo.

Estos casos de transformación de la personalidad con impulsos prioritarios dirigidos a la obtención de la droga, conllevan una reducción de la influencia de la voluntad sobre la conducta, y por ello es que se define como una conducta adictiva.

A esto habría que añadir la alteración de las funciones cognoscitivas que presenta D. Francisco fruto de su trastorno psicótico (aún sin determinar si es consecuencia del consumo de drogas o ya existía con anterioridad) y por el que en la actualidad sigue recibiendo tratamiento farmacológico.

8. CONCLUSIONES FORENSES

PRIMERA: *Al momento de la evaluación psicológica realizada**, D. Francisco** presenta un trastorno por dependencia de cannabis con dependencia fisiológica en remisión temprana (sin consumo comprobado desde febrero de 2003).*

Describe historia prolongada de policonsumo de sustancias psicoactivas. Se ha detectado también aplanamiento afectivo e inhibición conductual que encajan en el curso de un síndrome amotivacional, verosímilmente derivado de la dependencia cannábica. Existe sintomatología psicótica documentada, no presente en la evaluación, de aparición reciente y posiblemente relacionada con el consumo de sustancias.

SEGUNDA: Tras la evaluación realizada y análisis de la documentación aportada, se estima que D. Francisco presenta rasgos desadaptativos en su estructura de personalidad de carácter esquizoide y dependiente y una historia previa documentada de conducta disocial.

TERCERA: La psicopatología detectada en la evaluación del Sr. G.(dependencia cannábica y rasgos desadaptativos de personalidad) es inferible al tiempo de suceder los hechos que se le atribuyen y guarda relación directa con la tipología del presunto acto ilegal cometido. Desde el plano psicológico, dicha psicopatología no impediría al explorado comprender la ilicitud de estos hechos (dimensión cognoscitiva), pero afectaría notablemente su capacidad para controlar su comportamiento y adaptarlo a esa comprensión (dimensión volitiva).

CUARTA: Los déficits psicológicos detectados son susceptibles de tratamiento psicoterapéutico. Se recomienda tratamiento en las áreas: personal, social, familiar y académico/ laboral.

Es cuanto cumple informar
En Madrid, a 20 de Julio de 2003

NOTA: La conclusión que, como recomendación, se formula en el presente informe de resultados del estudio psicológico del caso que nos ocupa; se refiere, únicamente, a la situación que existía en el momento de practicarse el estudio y, por ello, los resultados no pueden extrapolarse a otras circunstancias o condiciones ambientales. Por esa razón, caso de producirse una variación sustancial o modificación de tales circunstancias del caso, procedería reevaluarlas y efectuar un nuevo análisis situacional.

BIBLIOGRAFÍA:

- Palacios, J. y Rodrigo. M. J. (coord..)(año). Familia y desarrollo humano. Psicología y Educación. Alianza Editorial.
- Millon, T. (1995). Trastornos de la personalidad: más allá del DSM-IV. Editorial MASSON.
- Graña Gómez, J.L. (1994). Conductas adictivas: Teoría, evaluación y tratamiento. Editorial Debate, S. A.
- Soria Verde, M. A. (coord.)(2002). Manual de psicología penal forense. Atelier/ Serie Mayor.
- APA (1995). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM-IV. Barcelona, Masson.
- Esbec, E. Y Gómez- Jarabo, G. (2000). Psicología forense y tratamiento jurídico legal de la discapacidad. Madrid: Edisofer S.L.
- Delgado Bueno, S. y Torrecilla Jiménez, J. M. (2001). Medicina legal en drogodependencias. Ediciones Harcourt, S. A.
- Núñez, R. (año). Aplicación del MMPI a la psicopatología. Editorial El Manual Moderno, S. A. de C.V.
- Muñoz-Rivas, M. J., Graña Gómez, J. L. y Cruzado Rodríguez, J. A. (2000). Factores de riesgo en drogodependencias: Consumo de drogas en adolescentes. Sociedad española de psicología clínica, legal y forense.
- Quiroga, M. Cannabis: Efectos nocivos sobre la salud mental
- Gonzalez, M. P. ; Sáiz, P. A. ; Quirós, M. ; López, J. L. Personalidad y uso-abuso de cannabis
- Herrero Alvarez, S. El cannabis y sus derivados en el derecho penal español.
- Stahl, M. S. (1998). Psicofarmacología esencial: Cap.12: Sustancias de abuso. Editorial Ariel, S.A. Barcelona.

PREGUNTAS

1) **Que consecuencias perjudiciales ocasiona el consumo de cannabis?**

2) **Que rasgos de personalidad tiene el peritado?**

3) **Como influye la conducta de los padres en el desarrollo de la psicopatología del peritado?**

4) **Tiene Francisco capacidad para comprender la ilicitud del hecho?**

5) **Puede considerarse que mantiene íntegras sus facultades volitivas? Existe alguna disminución de su imputabilidad?**

6) **Que es más conveniente en este caso para la rehabilitación y reinserción, la pena o una medida de seguridad.**

INFORME B

1.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Datos de filiación del perito

Dª. EDCM
D.N.I. XXXXXXX
Psicóloga Colegiada con el nº yyyyy por el Iltre. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid
Domiciliada en C/ //////

Datos de filiación del peritado
D. ABL, con D.N.I. nº VVVVV y domiciliado en C/ /////. Nuevo Chinchón, Chinchón, Madrid

2.- OBJETIVO DE LA EVALUACIÓN PERICIAL.

Emitimos informe pericial a petición del abogado de la defensa, D. José Luis Gutiérrez de Cabiedes, a fin de determinar el estado psicológico del peritado, D: Alfredo, y evaluar la presencia de trastorno psicológico alguno como lesión o secuela consecuencia de un presunto homicidio en grado de tentativa, y si, en su caso, dicho trastorno precisa de tratamiento psicológico

3.- METODOLOGÍA

El método de trabajo aplicado en la confección del presente Estudio e Informe Pericial ha sido el siguiente:

- Entrevista de recogida de información con el letrado encargado del caso, D.XXXX, el día 15 de Abril de 2004

- Entrevista de presentación con el informado, D. Alfredo, el día 15 de Abril de 2004

- Estudio documental del sumario

- Entrevista clínica con el informado, el día 20 de abril del 2004

- Evaluación psicométrica del informado, el día 22 de Abril del 2004. Dicha evaluación consistió en la aplicación de las siguientes pruebas:

    - Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota – 2 (MMPI-II)
    -
    - Hathaway, S.R. y McKinley J.C., 1996. Versión española de Ávila-Espada A. y Jiménez-Gómez, F. 2000. Tea Ediciones

    - Cuestionario de 90 Síntomas Revisado (SCL-90-R). Derogatis, L.R. Versión Española de González de Rivera, J.L. 1988

    - Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI). Spielberg, C.D., Gorsuch, R.L. y Lushene, R.E. 1968. Versión española de Tea Ediciones, 1982

    - Inventario de Depresión de Beck (BDI). Bech, A.T., Rush, A.J. Schaw, B.R. y Emery, G. (1979)

    - Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (EGS). Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta y Sarasua, 1997)

    - Entrevista con la esposa del informado, Dª. Marta Felui Rey, el día 22 de Abril de 2004

4.- ANÁLISIS DESCRIPTIVO

Se reproduce a continuación la información extraída de las evaluaciones practicadas.

4.1.- ANAMNESIS

D: Alfredo es el segundo de cuatro hermanos, nacido en el seno de una familia de clase media-alta. Sin incidencias en el desarrollo del embarazo y parto, sufrió las enfermedades propias de la infancia, sin nada destacable en su desarrollo temprano excepto el padecimiento de unas fiebres reumáticas con 5 años. Temperamento despierto e inquieto. Refiere una infancia feliz y tranquila,

en una familia que le aportó una buena educación afectiva, manteniendo a lo largo de toda su vida un adecuado equilibrio entre libertad y responsabilidad en la educación de los hijos. Subsistema fraternal muy cohesionado.

Escolarizado a los 5 años, buena adaptación escolar, tanto social como académica, ayudándole a ello el hecho de estudiar con los hermanos. Conducta escolar y rendimiento adecuado hasta el nivel de 2º de BUP, en que, a pesar de su buen rendimiento, decide dejar de estudiar, con la inicial oposición paterna, que finalmente se transforma en aceptación.

En esa época el peritado atraviesa una importante crisis familiar, cuando en 1981, contando D. Alfredo 16 años, su familia se ve perjudicada por el Síndrome Tóxico de la Colza, resultando seriamente afectados su padre y dos de sus hermanos/as, alguno de los cuales aún sufre secuelas. D. Alfredo no se vio afectado físicamente, y no refiere recuerdos especialmente traumáticos al respecto, ya que al parecer se ejerció una adecuada protección paterna.

Su adolescencia transcurrió sin incidentes, ya que D. Alfredo refiere haber sido una joven deportista y poco conflictivo, respetando en general la autoridad paterna, que por otro lado era flexible y basada en la confianza y la responsabilidad.

Tras abandonar sus estudios, se incorpora al Servicio Militar en calidad de voluntario, permaneciendo dos años en la Guardia Real. No refiere incidentes de importancia, salvo un arresto aislado. Sin problemas con la autoridad. Si lamenta D. Alfredo la imposibilidad de iniciar estudios universitarios dentro del Servicio, posibilidad que, pese a serle ofrecida en un principio, no pudo materializarse.

Finalizado el Servicio Militar, se incorpora como trabajador en la empresa familiar que regentaba su padre, y refiere que prefirió entrar en calidad de obrero y no de jefe, e iniciar su andadura en la empresa desde puestos inferiores.

Su trayectoria profesional ha estado desde entonces vinculada a dicha empresa, donde a lo largo de los años ha ido acumulando mayores funciones y responsabilidades. En 1990 la empresa se ve seriamente dañada económicamente por un impago, llegando al borde de la quiebra. El padre de D. Alfredo, hasta ese momento responsable máximo de la empresa, sufre una depresión, abandonando su trabajo y delegando en el informado, que a partir de entonces se hace cargo de los negocios, ayudado por sus hermanos, que en dicho trance decidieron también incorporarse a la empresa familiar. Entre toda la familia consiguen sanear económicamente el negocio, solucionando la crisis.

D. Alfredo refleja en frecuentes ocasiones su absoluta dedicación a su trabajo durante muchos años, con gran preocupación por la buena marcha de la empresa, no tanto por el bienestar económico como por su satisfacción personal y la de su familia de origen. Se describe como una persona muy trabajadora y

responsable, con gran capacidad de sacrificio, activo y colaborador. Se describe como "el que soluciona los problemas", gracias a su dedicación. No parece haber un espíritu retributivo en dicha actitud, que mantiene tanto con sus hermanos-socios como son sus empleados, con los que refiere mantener buenas relaciones, pecando en ocasiones de excesiva confianza, ya que "no sabe mantener las distancias".

Con 19 años, y tras alguna relación amorosa breve y sin incidencias a destacar, conoce a su actual esposa, Dª: Marta, con la que contrae matrimonio hace 8 años. Su relación de pareja se caracteriza por la comprensión y la comunicación, existiendo un importante grado de complicidad entre ambos, y tomando de modo conjunto y democrático las decisiones vitales habituales. Fruto del matrimonio existen dos hijos de 7 y 4 años, a cuyo cuidado se dedica la esposa, que no realiza actividades laborales remuneradas. Actualmente el núcleo familiar mantiene buenas relaciones con ambas familias extensas, siendo éstas un importante apoyo.

D. Alfredo se define como una buena persona trabajadora, estricta consigo misma y cuyas prioridades vitales son el trabajo y su familia.

4.2.- EVALUACIÓN PSICOPATOLÓGICA

El informado se presenta a la entrevista en actitud colaboradora y reservada. No se objetivan en ningún momento alteraciones de las funciones psíquicas superiores (conciencia, atención, pensamiento, etc.) ni anomalías conductuales. Impresión clínica de nivel intelectual medio alto. Presencia de ligera distimia. Afectividad controlada, y equilibrada, concordante a los contenidos expresados. No se objetivan comportamientos ansiosos. No se observan signos conductuales o verbales de simulación o disimulación.

Refiere el informado experimentar, a partir de la fecha de los hechos juzgados, una serie de cambios en sus valores, rasgos de personalidad y modos de vida que pueden resumirse de la siguiente manera:

- Insomnio de mantenimiento ("me despierto con cualquier ruido"; "muchas veces no puedo volver a dormir"; "me da miedo que me pillen dormido")

- Ansiedad, irritabilidad (Su esposa: "le ha cambiado el carácter, le da importancia a cosas que antes no"; problemas dermatológicos asociados al estrés)

- Apatía y anhedonia. ("he perdido la ilusión en el trabajo"; "ya no me sacrifico tanto"; no tengo ganas de nada"; ha disminuido la comunicación con su mujer)

- Hipervigilancia ("estoy en el "Pryca" y estoy mirando todo el rato para atrás";)

- Evitación de situaciones que valore como mínimamente peligrosas, o relacionadas con el suceso ("voy camuflado en el trabajo" –para que no se sepa quien es el jefe-;) "no quiero ir a trabajar"; prolongación de la incapacidad temporal)

- Recuerdos recurrentes del suceso. ("todas las mañanas lo recuerdo al verme el pecho")

- Temor y desconfianza hacia personas extrañas. ("si viene alguien me quedo lejos")

- Preocupaciones excesivas en relación a la posible repetición de la agresión, u otro acontecimiento de este tipo, que no llegan a constituir un pensamiento delirante. ("tengo miedo de que contraten a alguien para que venga a por mí"; "sicarios")

- Excesiva preocupación por el bienestar de sus hijos y su mujer, modificando sus hábitos de vida en aras de su protección. ("temo más por ellos que por mí"; "a mí me da igual lo que me pase"; "no pierdo el ojo a mis hijos"; "no dejo que se muevan por la zona donde sé que están ellos")

- Sensación de indefensión, que combate adoptando de medidas de seguridad. ("cierro todas las puertas en casa y en el trabajo"; se ha comprado un perro guardián; piensa aprender defensa personal)

- Modificación de sus hábitos laborales y vitales, hasta el punto de plantearse cambios de residencia y trabajo. ("nunca duermo fuera de casa, aunque llegue a las 3 de mañana"; "antes me quedaba trabajando hasta tarde, ahora nunca me quedo solo")

La sintomatología mencionada ha ido remitiendo con el transcurso del tiempo, continuando activa aún hoy, y significando un cambio importante en su vida. Refiere de manera importante un quebrantamiento de esquemas vitales básicos, como lo demuestra el hecho de no poder comprender, ni cognitiva ni afectivamente, la violencia como modo aceptable de resolución de conflictos ("se me escapa y se me sigue escapando"; "lo que no entiendo es que fueran de ese modo a resolver los problemas"; "no lo veo justo"). Se define hasta ese momento como una persona pacífica, partidaria del diálogo, capaz sin embargo de defender sus posiciones firmemente, pero no utilizando vías agresivas como recurso válido, por lo que la vivencia de esta situación en el papel de víctima le provoca el desmoronamiento de planteamientos que hasta ahora sustentaban su filosofía vital.

Su familia, tanto nuclear como extensa, parece también haberse visto afectada por el suceso, en el mismo sentido de un aumento de la inseguridad y el temor vital, acompañándole en sus decisiones de aumento de las medidas de seguridad y modificación de las condiciones de vida en la búsqueda de un

supuesto aseguramiento de la integridad personal. Tanto su esposa como sus hijos continúan teniendo presente "lo que podría haber pasado", condicionando parte de sus actividades diarias por dichos pensamientos (el niño mayor le reprocha que llegue tarde porque "y si te hubiera pasado algo y no estuvieras"). Su esposa considera acertada la decisión de vender la empresa y cambiar de trabajo, considerando que ello va a suponer una mejoría en su calidad de vida.

El informado no se cuestiona la anormalidad de estas reacciones, considerándolas normales y proporcionadas a la situación. Tanto él como su esposa consideran que, de alguna manera, el cambio de prioridades vitales ha beneficiado a la unidad familiar, al dedicar D. Alfredo menos tiempo al trabajo y más a su vida personal. Por otro lado, considera que la sintomatología ido disminuyendo en intensidad e intrusividad en su vida, y que va "recuperándose con el tiempo"

4.3.- EVALUACIÓN PSICOMÉTRICA

Se describen a continuación brevemente los resultados obtenidos a través de la batería de pruebas psicométricas aplicadas.

- Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota – 2 (MMPI-II):

Perfil obtenido: 9312658 / 074 : 7 8 16/

Destacar en primer lugar que todas las escalas clínicas obtenidas se encuentran dentro del límite de la normalidad estadística, por lo que en ningún momento puede inferirse, en atención a los resultados de esta prueba, la presencia de rasgos patológicos de personalidad.

El análisis de las escalas de validez indica que el resultado de la prueba es válido y confiable, habiendo sido contestada de modo consciente y con interés, y sin intentos de manipulación de la propia imagen, reflejando una autoevaluación equilibrada.

Análisis de los resultados

En función de los resultados obtenidos en las cuatro escalas clínicas más elevadas [PT: 9MA=59; 3Hy=58; 1Hs=57; 2D=56], podemos describir a D. Alfredo como una persona responsable y realista; activo, entusiasta, sociable; Emocionalmente abierto y equilibrado; con un buen ajuste general

Mención aparte merece la puntuación en la escala Pa [55], que indica la presencia de hipersensibilidad, ideas persecutorias e inseguridad, y que es la única que rebasa ligeramente el punto de corte de la normalidad

A destacar también la presencia recurrente de pequeñas preocupaciones somáticas y tendencia a sufrir síntomas psicosomáticos [Hy, Hs], que en la situación actual pueden ser explicados por la afectación física real sufrida. Del

mismo modo, la elevación de algunas escalas de contenido [SOD=62] y subescalas [Si2=69] indican la presencia de un cierto malestar e intranquilidad en situaciones sociales donde haya mucha gente, que provocan evitación de actividades con otras personas. Por último, se observa también cierto grado de ansiedad, tensión, insomnio y preocupaciones [ANX = 60]

- Cuestionario de 90 Síntomas Revisado (SCL-90-R)

Perfil obtenido (baremo utilizado: varones de población general no clínica)

Índice de Severidad Global: Puntuación Directa = 1.02; Centil = 90-95

Índice de Malestar de Síntomas Positivos: PD = 47; Centil = 90-95

Total de Síntomas Positivos; PD = 1.95; Centil = 65-70

ESCALAS	SOM	OBS	INT	DEP	ANS	HOS	FOB	PAR	PSI
PUNTUACIÓN CENTIL	85-90	50	65	90-95	97	90-95	97-99	90	60

Análisis de resultados:

En relación con los baremos establecidos en población no clínica, se observa una importante elevación de varias escalas, incluidos los índices globales, que indican un cuadro sintomático de importante malestar subjetivo, que se concreta fundamentalmente en sintomatología de ansiedad, tanto flotante (nerviosismo, tensión, temores..) como específica a ciertas situaciones y que puede acompañarse de conductas de evitación o escape [ANS, FOB]. Se refleja así mismo en los resultados un estado de ánimo disfórico, con una mezcla de desesperanza, falta de motivación e intereses [DEP] con irritabilidad y rabia [HOS]. Destacar como igualmente elevada la escala PAR (Ideación paranoide), que recoge contenidos como desconfianza hacia los demás, o creencia de ser engañado, y que, sin la presencia de otros indicios, no refleja un trastorno del pensamiento. Por último, se refleja de nuevo la aparición de molestias físicas.

- Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI)

Perfil obtenido

Ansiedad / Estado	Centil 10
Ansiedad / Rasgo	Centil 96

Análisis de los resultados:

En los resultados de dicha prueba se aprecia de manera ostensible la diferencia que existe entre el estado habitual del informado, y su estado en el momento de la evaluación. A/R refleja la tendencia generalizada, normalmente perteneciente al rango de respuestas habituales del individuo, a reaccionar con respuestas de ansiedad ante diversas situaciones, que son percibidas con excesiva frecuencia e intensidad como amenazantes. La elevada puntuación indica que el paciente se siente habitualmente nervioso, tenso y en alerta, pero sólo ante determinadas circunstancias, ya que una situación evaluativa como la de aplicación de pruebas no genera en absoluto respuestas de ansiedad.

- Inventario de Depresión de Beck (BDI)

Puntuación Directa = 11 Depresión Leve

No se observa, en atención a los resultados, la presencia de un trastorno del estado de ánimo de tipo depresivo, ya que la puntuación está muy levemente por encima del rango de la normalidad. Se aprecia tan sólo una muy ligera disminución de la satisfacción vital, la motivación y el interés, así como aumento de la irritabilidad y sintomatología fisiológica como el insomnio.

- Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (EGS)

Perfil obtenido

	PUNTOS DE CORTE	PUNTUACIÓN OBTENIDA	
		ANTES	AHORA
ESCALA GLOBAL (Rango 0-51)	15	37	29
ESCALAS ESPECÍFICAS			
Reexperimentación (Rango 0-15)	5	14	6
Evitación (Rango 0-21)	6	12	10
Aumento de la activación (Rango 0-15)	4	11	13

Análisis de resultados:

Se evidencia de manera clara la presencia de los criterios de Trastorno de Estrés Postraumático, presentando una primera fase de predominio de la sintomatología de recuerdo, que evoluciona en el momento actual hacia una preponderancia de la ansiedad y un aumento de la activación general. A pesar

de los resultados obtenidos, y como se argumentará más adelante, la escasa presencia de sintomatología propia del TPET (reexperimentación y evitación) cuestiona la idoneidad de este diagnóstico en el momento actual.

4.4.- INTEGRACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN

Basándonos en las pruebas realizadas y anteriormente comentadas, podemos concluir desde un punto de vista clínico que D: Alfredo lleva experimentando, desde la ocurrencia de los hechos juzgados, un cuadro sintomatológico presidido por la presencia de ansiedad, miedos y temores, claramente diferenciado en dos partes. A pesar de las dificultades que entraña una evaluación retrospectiva podemos establecer que durante los primeros dos meses tras el suceso, el informado sufrió una reacción de estrés agudo, con importante afectación de su vida diaria, que se sumó al proceso de recuperación física en el que se encontraba.

Con posterioridad, y debido, fundamentalmente, a las características básicas de personalidad del informado y con la ayuda del transcurso del tiempo, la sintomatología aguda ha ido remitiendo, dando paso a síntomas más leves que se materializan en una serie de modificaciones sustanciales en el funcionamiento habitual del informado, con cambios en su modo de enfrentarse a la vida y de relacionarse con el mundo e incluso modificación de sus proyectos vitales.

Como ya se ha comentado, dichos cambios se sustancian en un aumento del nivel general de la ansiedad de tipo cognitivo, así como irritabilidad y apatía, cambio de valores e intereses, y fundamentalmente, temor a sufrir una nueva agresión, lo que provoca pensamientos y conductas de hipervigilancia y autoprotección. Dichas conductas se han ido incorporando a la vida cotidiana del sujeto, disminuyendo progresivamente en su intensidad y afectación. Continúa presente, sin embargo, la alteración en el grado de adaptación de D. Alfredo, aunque, afortunadamente, en remisión.

5.- FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

Está ampliamente documentado en la literatura científica la relación existente entre la ocurrencia de un hecho vital estresante, y la aparición consecuente de sintomatología de ansiedad. El suceso estresante puede adoptar muy diversas formas, siendo una de más dramáticas aquellos eventos que suponen una amenaza real para la vida. Numerosos autores utilizan el concepto de "pérdida de la confianza básica" para describir el quebrantamiento de los esquemas cognitivos vitales que se produce como consecuencia de haber sufrido un hecho traumático, especialmente grave si el suceso está provocado por otra persona, en contraste, por ejemplo, con aquel suceso acaecido por catástrofe natural.

En general, los seres humanos funcionamos con una sana "ilusión de seguridad", que da sentido y continuidad a nuestra vida y nos permite elaborar planes y pensar en un futuro posible. Cuando un acontecimiento inesperado quiebra esa ilusión, se produce una reacción de readaptación destinada a recuperar el equilibrio inicial. La duración, gravedad y éxito final de esa recuperación está en función de dos factores: 1) la gravedad del hecho; y 2) los factores personales de vulnerabilidad / protección, es decir, la capacidad previa del individuo para afrontar los problemas de la vida.

En este sentido, y siguiendo a una autoridad en la materia (Echeburúa, conferencia sin publicar) se pueden establecer algunos factores de protección que harían a la persona más resistente a sufrir una reacción patológica ante un evento estresante:

- control de emociones y positiva autoestima
- estilo de vida equilibrado
- apoyo social
- proyecto de vida activo
- afrontamiento de las dificultades cotidianas
- aficiones gratificantes
- sentido del humor
- actitud positiva ante la vida
- aceptación de los límites personales
- vida espiritual

Las reacciones habituales en respuesta a un acontecimiento estresante pertenecen habitualmente, como se ha comentado, al ámbito de la sintomatología ansiosa, y se mueven en un continuo que va desde la reactividad normal a la más franca patología. Algunas de las reacciones más frecuentes se encuentran clínicamente descritas en el cuadro denominado Trastorno de Estrés Postraumático, que se reproduce a continuación:

Criterios para el diagnóstico de F43.1. Trastorno de estrés postraumático [309.81]

A) La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido (1) y (2):

(1) la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.
(2) la persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos

B) El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:
1. Recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones.
2. Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar
3. El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de *flashback*, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse
4. Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático
5. Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático

C) Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:
1. Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático
2. Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma
3. incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma
4. Reducción acusad del interés o la participación en actividades significativas
5. Sensación de desapego o enajenación frente a los demás
6. Restricción de la vida afectiva (p.ej,, incapacidad para tener sentimientos de amor)
7. Sensación de un futuro desolador (p.ej., no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal)

D) Síntomas persistentes de aumento de la activación (*arousal*) (ausente antes del trauma), tal y cómo indican dos (o más) de los siguientes síntomas:
1. Dificultades para conciliar o mantener el sueño
2. Irritabilidad o ataques de ira
3. Dificultades para concentrarse
4. Hipervigilancia
5. Respuestas exageradas de sobresalto

E) Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C y D) se prolongan más de 1 mes

Una reacción más leve, suele tomar la forma de alteraciones o síntomas más variados, que provocan malestar significativo y deterioro de la vida diaria, y que se presenta en ocasiones de manera posterior al SEPT, en la forma de un Trastorno de Adaptación.

Criterios para el diagnóstico de trastornos adaptativos

A) La aparición de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresante identificable tiene lugar dentro de los 3 meses siguientes a la presencia del estresante
B) Estos síntomas o comportamientos se expresan, clínicamente del siguiente modo:
(1) Malestar mayor de lo esperable en respuesta al estresante
(2) Deterioro significativo de la actividad social o labora (o académica)
C) La alteración relacionada con el estrés no cumple los criterios para otro trastorno específico del Eje I y no constituye una simple exacerbación de un trastorno preexistente del Eje I o el Eje II
D) Los síntomas no responden a una reacción de duelo
E) Una vez ha cesado el estresante (o sus consecuencias), los síntomas no persisten más de 6 meses
Especificar si:
Agudo: si la alteración dura menos de 6 meses
Crónico: si la alteración dura 6 meses o más
Los trastornos adaptativos son codificados según el subtipo, que se selecciona de acuerdo con los síntomas predominantes. El estresante específico puede señalarse en el Eje IV.
F43.20. Con estado de ánimo depresivo [309.0]
F43.28 Con ansiedad [309.24
F43.22 Mixto, con ansiedad y estado de ánimo depresivo [309.28]
F43.24 Con trastorno del comportamiento [309.3]
F43.25 Con alteración mixta de las emociones y el comportamiento [309.4]
F43.9 No especificado [309.9]

El Trastorno de Adaptación puede presentarse como reacción a largo plazo tras un periodo de estrés agudo, o ante la presencia de un acontecimiento estresante de menor gravedad, y su curso puede ser crónico, especialmente cuando se cronifica también la presencia del estresor o sus consecuencias. En este sentido, resulta necesario destacar la importancia del estresor vivenciado, donde lo decisivo es la creencia en la persistencia de la amenaza, y es dicha creencia subjetiva la que constituye y perpetúa el cuadro, creando un círculo vicioso de ansiedad.

Si dicha situación no se resuelve, en ocasiones puede desembocar en una transformación permanente de la personalidad. En general, la Psicopatología Forense suele establecer un periodo de dos años tras la lesión

psíquica para hablar del concepto de estabilización lesional, y por tanto de la presencia de secuelas permanentes.

6.- CONSIDERACIONES FORENSES

En función de la exploración psicológica realizada, y con las limitaciones que impone un diagnóstico retrospectivo, podemos establecer en D. Alfredo la presencia pasada de un Trastorno de Estrés Postraumático [DSM-IV: 309.81 / CIE-10: F43.1], desencadenado como consecuencia de la agresión sufrida, y caracterizado fundamentalmente por

- Respuestas de ansiedad elevada en forma de alteraciones del sueño, hipervigilancia, irritabilidad y respuestas de sobresalto.

- Re-experimentación del suceso ante la presencia de estímulos sugerentes

- Evitación de estímulos considerados como amenazantes

El TEPT fue modulado, como es habitual, por las características básicas de personalidad y sus circunstancias psicosociales. La positiva adaptación personal de D. Alfredo y la presencia de un importante apoyo social y familiar han contribuido a la resolución del cuadro agudo, que al parecer tuvo una duración aproximada de dos meses.

Sin embargo, persisten, 16 meses después del incidente, pensamientos y conductas de preocupación, ansiedad, hipervigilancia, desconfianza y evitación simbólica que, siendo propias del cuadro anterior, no poseen la suficiente gravedad ni provocan un grado de malestar tal como para constituir una cronificación del TPET, pero que sí presentan afectación en el estado mental de D. Alfredo y repercusiones en su vida diaria. Dicha sintomatología responde a un cuadro de Trastorno Adaptativo Crónico con Síntomas de Ansiedad [DSM-IV 309.24 / CIE-10 F43.28] de carácter leve, que se refleja en una modificación de su vida diaria mayor de lo esperable como respuesta normal al suceso, ya que actualmente responde, no a la cronificación del estresor en sí, sino a la vivencia subjetiva de la continuidad de la amenaza. Dicha vivencia, compartida por la familia no parece basarse en la posibilidad real de una nueva agresión, aunque la información recogida no permite descartar tampoco dicha hipótesis. El hecho fundamental es que la mera presencia de la amenaza subjetiva puede funcionar como estresor, y mantener, como de hecho ocurre, la sensación de malestar y las alteraciones cognitivas y conductuales presentes.

Como ya se ha indicado, la evolución del cuadro hasta el momento se dirige hacia la sanidad, contando con el aporte positivo de los factores psicosociales de protección presentes en la vida de D. Alfredo. Sin embargo, la

persistencia en el tiempo de la sintomatología, aun en sus formas leves, podría desembocar en una modificación permanente de los planteamientos vitales del informado, por lo que, a pesar de que en el momento actual no revisten gravedad, sería conveniente su revisión por un profesional especializado, cuya intervención estuviera dirigida a vigilar la evolución futura y, si fuera necesario, acelerar el proceso de recuperación y lograr la evitación de cronificación prolongada. Por otro lado, la evolución futura del cuadro se verá inevitablemente influida por acontecimientos posteriores, entre los que se encuentra la resolución del procedimiento judicial.

En resumen, en función de las evaluaciones realizadas, podemos extraer las siguientes

CONCLUSIONES FORENSES

1 – D. Alfredo padeció, como consecuencia de la agresión sufrida el día 5 de Diciembre de 2002, un Trastorno de Estrés Postraumático [DSM-IV: 309.81 / CIE-10: F43.1] de carácter agudo, que le provocó malestar clínicamente significativo durante al menos 2 meses.

2 – En el momento actual, D: Alfredo presenta un Trastorno Adaptativo Crónico con Síntomas de Ansiedad [DSM-IV 309.24 / CIE-10 F43.28], de carácter leve, que continua provocando malestar y deterioro en su vida diaria

3 – El cuadro actual presenta en general factores predictivos de buen pronóstico, a pesar de lo cual, y en atención al periodo de estabilización lesional (2 años), convendría el control de su evolución por parte de un especialista de salud mental, con el objetivo de evaluar las posibles secuelas.

Es todo cuanto cumple informar,

En Madrid, a 29 de Abril de 2004

Fdo. Dª. XXXXXX
Psicóloga
Nº Col. : M-15.285

INFORME B

PREGUNTAS

1) Que diferencia existe entre TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO Y TRASTORNO ADAPTATIVO?

2) Cuanto tiempo exige la OMS para hablar de transformación permanente de la personalidad?

3) Como se han evaluado las lesiones psíquicas?

4) Que diferencia el informe pericial del informe clínico?

ANEXO 10

PROTOCOLO DEL NICHD7 PARA LAS ENTREVISTAS EN LA INVESTIGACION DE VICTIMAS DE ABUSO SEXUAL MENORES DE EDAD (Versión 3.0)

Autores:
Michael E. Lamb, Kathleen J. Sternberg, Phillip W. Esplin, Irit Hershkowitz, y Yael Orbach.

Fuente:
Orbach, Y., Hershkowitz, I., Lamb, M. E., Sternberg, K. J., Esplin, P. W. y Horowitz, D. (2000): **Assessing the value of structured protocols for forensic interviews of alleged child abuse victims**. *Child Abuse & Neglect*, Vol. 24, nº 6, pp. 733-752, 2000.

"Hola, mi nombre es..... Soy ..... y parte de mi trabajo consiste en preguntar a los niños acerca de cosas que les han sucedido".

"Como puedes ver tengo una grabadora aquí. Grabará nuestra conversación para poder recordar cualquier cosa que me digas. A veces olvido las cosas y la grabadora me permite escucharte sin tener que escribirlo todo".

"Me he entrevistado con muchos niños, y durante nuestras entrevistas ellos me han contado la verdad acerca de las cosas que les sucedieron. Quiero estar seguro de que has entendido la diferencia entre la verdad y la mentira: Si yo te digo, por ejemplo, que mis zapatos eran azules (o rojos, o verdes, lo que corresponda), ¿es esto verdad o mentira?"
(Se espera la respuesta)

"Si, esto sería una mentira porque mis zapatos son realmente negros/azules/etc. Y si, por ejemplo, te digo que tú y yo nos encontramos ayer, ¿sería esto verdad o mentira?"
(Se espera la respuesta)

"Si, esto sería mentira porque nosotros no nos encontramos ayer".

7 National Institute of Child Healt and Human Development, 9190 Rockville Pike, Bethesda MD 20892

"He visto que entiendes la diferencia entre decirme la verdad y decirme una mentira. Es muy importante que solo me digas la verdad hoy. Debes decirme solo cosas que realmente te hayan pasado".
(Se espera la respuesta)

"Si yo te hago una pregunta que no entiendes, o no recuerdas la respuesta, dime: No lo sé. Si digo cosas que están equivocadas, debes corregirme, ¿vale? Por ejemplo, si yo digo que eres una niña de 6 años (a un niño de 10 años), ¿qué dirías?"
(Se espera la respuesta)

"Muy bien. Ahora has entendido que puedes corregirme si cometo un error o digo algo que esté equivocado".

II

"Ahora, quiero conocerte un poco mejor. Dime algo sobre ti y tu familia".
(Se espera la respuesta)

(Si el niño no contesta, da una respuesta corta, o se queda estupefacto, puedes preguntar:)

"Realmente quiero conocerte mejor, ¿qué más puedes decirme sobre ti?"
(Se espera la respuesta)

"¿Qué más puedes decirme sobre tu familia?"
(Se espera la respuesta)

III

"Me has dicho cosas sobre ti y sobre tu familia. Ahora quiero escuchar algo sobre tu escuela/guardería. Háblame sobre las cosas que te gusta hacer en el colegio o sobre las cosas que no te gusta hacer".
(Se espera la respuesta)

(Si el niño no contesta, da una respuesta corta, o se queda estupefacto, puedes preguntar:)

"¿Qué más puedes decirme sobre tu escuela?"
(Se espera la respuesta)

"Háblame acerca de tu profesor".
(Se espera la respuesta)

"Háblame sobre los niños de tu clase".
(Se espera la respuesta)

IV

"Hace unos pocos días (o hace unas pocas semanas), fueron (vacaciones/Navidad/Pascua). Dime como celebraste las vacaciones".
(Se espera la respuesta)

1 "Quiero que me digas todo sobre la fiesta del colegio" (o sobre otro aspecto de las vacaciones: el desfile, etc.)

"Piensa otra vez sobre (la fiesta, ...) y dime que sucedió desde que te levantaste por la mañana hasta que te fuiste a la cama por la noche".
(Se espera la respuesta)

(Si el niño se queda estupefacto, alentarle diciéndole:)

2 "¿Que más puedes decirme acerca de...?" / "dime algo más acerca de ..." / "¿y entonces qué pasó?"
(Si el niño no responde o da una respuesta corta, continuar:)

3 "Realmente estoy interesado en escuchar como fue tu (fiesta de la escuela/desfile/)".

"Intenta ayudarme a entender todo lo que hiciste desde el minuto en que te levantaste hasta que te fuiste a la cama por la noche".
(Se espera la respuesta)

(Si el niño, por ejemplo, dice: "Fuimos con la abuela" o "Abrimos los regalos" decirle: "Háblame sobre todo lo que sucedió en casa de la abuela (o cuando abristeis los regalos), cada detalle, desde el minuto en que llegaste hasta que te fuiste").

(Esperar que el niño acabe completamente, entonces decir):

"Parece que te lo pasaste bien en..."

V

"Ahora que nos conocemos un poco mejor, quiero hablar sobre la razón de que estés aquí hoy".

1 "¿Sabes por qué has venido a verme hoy?"
(Esperar la respuesta. Si el niño da una breve respuesta, por ejemplo, "el tío Felipe tocaba mi pito", o "el tío Felipe me molestaba", ir al apartado VI. Si el niño no hace ninguna alegación, pasar a la pregunta 2).

2 "Dime la razón por la que has venido a hablar conmigo hoy".
(Esperar la respuesta. Si el chico da una respuesta ir al apartado VI. Si no, seguir con la pregunta 3).

3 "Entiendo que hablaste con (Mama/Papa/Madre adoptiva/Profesor/otra pesorna) acerca de algo que te molestó. Dime que le dijiste a tu (Mama/Papa/Madre adoptiva/Profesor/otra persona)".
(Si el niño da una respuesta ir al apartado VI. Si no, seguir con la pregunta 4).

4 "Tu (Mama/Papa/Profesor) ¿piensa algo sobre lo que te podría haber pasado?"
(Esperar la respuesta)

"Dime que le preocupa a tu (Mama/Papa/Profesor)".

VI
Repite su respuesta (e.j. "muy bien, el tío Felipe tocó tu pito" o "Muy bien. Tu madre piensa que el tío Felipe tocó tu pito"). Y continuar: "Entonces dime todo lo que te pasó, desde el principio hasta el final, lo mejor que puedas recordarlo".

Si lo que cuenta el niño es breve, preguntar: "¿Y entonces que pasó?", o "¿Qué más puedes decirme acerca de eso?". Puedes usar estas fórmulas muchas veces.

VII

"¿Esto sucedió una sola vez o más de una vez?"

(*SI EL NIÑO DICE "UNA VEZ*", intenta buscar aspectos ocultos del incidente, conduciendo la atención del niño hacia detalles que haya mencionado - localización, un elemento del abuso, ropa -):

1 "Antes has dicho algo sobre (una crema, un palo;...); ¿puedes decirme algo más sobre esto?"

Repetir tanto como sea posible los detalles o pistas.

Entonces ir al apartado VIII

SI EL NIÑO DICE "MUCHAS VECES" preguntar:

2 "Háblame acerca de la vez que recuerdes mejor. Quiero comprender que pasó desde el principio hasta el final".

Después de que el niño haga la descripción sobre el "tiempo recordado mejor" preguntar sobre información adicional usando preguntas abiertas como: "¿y después que sucedió?", o "¿qué más puedes decirme acerca de esto?" Proceder con las preguntas utilizando la estrategia descrita en el apartado VII. Entonces decirle:

3 "Háblame acerca de la última vez que sucedió algo. Quiero comprender que sucedió desde el principio hasta el final".

Después de que el niño haya hablado sobre "la última vez", preguntar sobre información adicional utilizando preguntas abiertas como: "¿Y después que sucedió?" o "¿qué más puedes decirme sobre esto?" Proceder con las preguntas utilizando la estrategia descrita en el apartado VII. Entonces decirle:

4 "¿Puedes decirme algo acerca de la primera vez que sucedió, desde el principio hasta el final?"
(Esperar la respuesta del niño)

Cuando el niño haya terminado su relato, preguntar acerca de información adicional utilizando preguntas abiertas como: "¿ y entonces qué pasó?" o "¿qué más puedes decirme acerca de esto?". Proceder con las preguntas utilizando la estrategia descrita en el apartado VII. Finalmente, preguntar:

5 "¿Hay alguna otra vez que recuerdes bien? Háblame acerca de esta vez, desde el principio hasta el final".
(Esperar la respuesta del niño)

Cuando el niño haya terminado su relato, preguntar acerca de información adicional utilizando preguntas abiertas como: "¿entonces qué pasó?", o "¿qué más puedes decirme acerca de esto?" Proceder con las preguntas utilizando la estrategia descrita en el apartado VII-1.

VIII
Si los detalles cruciales acerca del incidente (localización, identidad del perpetrador o apariencia) están aún flojos, preguntar acerca de ellos en este apartado. Usa preguntas directas ("¿Tenías la ropa puesta o quitada?") y siempre que te sea posible sigue con peticiones con final abierto para más información (e.j: "dime todo sobre cómo te quitó la ropa".)

IX
Al final de la entrevista, preguntar:

1 "¿Hay alguna cosa más que se deba saber?"
(Esperar la respuesta del niño)

2 "¿Hay alguna cosa más que quieras decirme?"
(Esperarr la respuesta del niño)

3 "¿Hay alguna pregunta que quieras hacerme?"
(Esperar la respuesta del niño)

Antes de acabar la entrevista, decirle al niño:

4 "Gracias por decirme todo esto. Realmente me has ayudado a entender lo que sucedió. Ahora voy a ir a buscar a tu (Mama/Papa/otra persona) ¿Qué quieres hacer cuando la entrevista haya acabado?"
(Esperar)

5 "Supongo que tienes hambre"
(Esperar)

6 "¿Cuál es tu comida favorita?"
(Esperar)

7 "¿Vas a comer mucho?"
(Esperar

ANEXO 11
CLASIFICACIÓN ENFERMEDADES MENTALES CIE-10 EVALUACIÓN EN PSICOPATOLOGÍA BÁSICA.

F00-F09	**Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos.**
F00	**Demencia en la enfermedad de Alzheimer.**
F00.0	Demencia en la enfermedad de Alzheimer de inicio precoz.
F00.1	Demencia en la enfermedad de Alzheimer de inicio tardío.
F00.2	Demencia en la enfermedad de Alzheimer atípica o mixta.
F00.9	Demencia en la enfermedad de Alzheimer sin especificación.
F01	**Demencia vascular.**
F01.0	Demencia vascular de inicio agudo.
F01.1	Demencia multi-infarto.
F01.2	Demencia vascular subcortical.
F01.3	Demencia vascular mixta cortical y subcortical.
F01.8	Otras demencias vasculares.
F01.9	Demencia vascular sin especificación.
F02	**Demencia en enfermedades clasificadas en otro lugar.**
F02.0	Demencia en la enfermedad de Pick.
F02.1	Demencia en la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob.
F02.2	Demencia en la enfermedad de Huntington.

F02.3	Demencia en la enfermedad de Parkinson.
F02.4	Demencia en la infección por VIH.
F02.8	Demencia en enfermedades específicas clasificadas en otro lugar.
F03	**Demencia sin especificación.**
F04	**Síndrome amnésico orgánico no inducido por alcohol u otras sustancias psicotropas.**
F05	**Delirium no inducido por alcohol u otras sustancias psicotropas.**
F05.0	Delirium no superpuesto a demencia.
F05.1	Delirium superpuesto a demencia.
F05.8	Otro delirium no inducido por alcohol o droga.
F05.9	Delirium no inducido por alcohol u otras sustancias psicotropas sin especificación.
F06	**Otros trastornos mentales debidos a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad somática.**
F06.0	Alucinosis orgánica.
F06.1	Trastorno catatónico orgánico.
F06.2	Trastorno de ideas delirantes (esquizofreniforme) orgánico.
F06.3	Trastornos del humor (afectivos) orgánicos.
F06.4	Trastorno de ansiedad orgánico.
F06.5	Trastorno disociativo orgánico.
F06.6	Trastorno de labilidad emocional (asténico) orgánico.
F06.7	Trastorno cognoscitivo leve.
F06.8	Otro trastorno mental especificado debido a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad somática.
F06.9	Otro trastorno mental debido a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad somática sin especificación.
F07	**Trastornos de la personalidad y del comportamiento debidos a enfermedad, lesión o disfunción cerebral.**
F07.0	Trastorno orgánico de la personalidad.
F07.1	Síndrome post-encefalítico.
F07.2	Síndrome post-conmocional.
F07.8	Otros trastornos de la personalidad y del comportamiento debidos a enfermedad, lesión o disfunción cerebral.
F07.9	Trastorno de la personalidad y del comportamiento debido a enfermedad, lesión o disfunción cerebral sin especificación.
F09	**Trastorno mental orgánico o sintomático sin especificación.**
F10-F19	**Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotropas.**
F10	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol.

F11	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de opioides.
F12	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de cannabinoides.
F13	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sedantes o hipnóticos.
F14	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de cocaína.
F15	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de otros estimulantes (incluyendo la cafeína).
F16	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alucinógenos.
F17	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de tabaco.
F18	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de disolventes volátiles.
F19	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de múltiples drogas o de otras sustancias psicotropas.
F20-F29	**Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes.**
F20	**Esquizofrenia.**
F20.0	Esquizofrenia paranoide.
F20.1	Esquizofrenia hebefrénica.
F20.2	Esquizofrenia catatónica.
F20.3	Esquizofrenia indiferenciada.
F20.4	Depresión post-esquizofrénica.
F20.5	Esquizofrenia residual.
F20.6	Esquizofrenia simple.
F20.8	Otras esquizofrenias.
F20.9	Esquizofrenia sin especificación.
F21	**Trastorno esquizotípico.**
F22	**Trastornos de ideas delirantes persistentes.**
F22.0	Trastorno de ideas delirantes.
F22.8	Otros trastornos de ideas delirantes persistentes.
F22.9	Trastorno de ideas delirantes persistentes sin especificación.
F23	**Trastornos psicóticos agudos y transitorios.**
F23.0	Trastorno psicótico agudo polimorfo sin síntomas de esquizofrenia.
F23.1	Trastorno psicótico agudo polimorfo con síntomas de esquizofrenia.
F23.2	Trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico.
F23.3	Otro trastorno psicótico agudo con predominio de ideas delirantes.
F23.8	Otros trastornos psicóticos agudos transitorios.

F23.9	Trastorno psicótico agudo transitorio sin especificación.
F24	**Trastorno de ideas delirantes inducidas.**
F25	**Trastornos esquizoafectivos.**
F25.0	Trastorno esquizoafectivo de tipo maníaco.
F25.1	Trastorno esquizoafectivo de tipo depresivo.
F25.2	Trastorno esquizoafectivo de tipo mixto.
F25.8	Otros trastornos esquizoafectivos.
F25.9	Trastorno esquizoafectivo sin especificación.
F28	**Otros trastornos psicóticos no orgánicos.**
F29	**Psicosis no orgánica sin especificación.**
F30-F39	**Trastornos del humor (afectivos)**
F30	**Episodio maníaco.**
F30.0	Hipomanía.
F30.1	Manía sin síntomas psicóticos.
F30.2	Manía con síntomas psicóticos.
F30.8	Otros episodios maníacos.
F30.9	Episodio maníaco sin especificación.
F31	**Trastorno bipolar.**
F31.0	Trastorno bipolar, episodio actual hipomaníaco.
F31.1	Trastorno bipolar, episodio actual maníaco sin síntomas psicóticos.
F31.2	Trastorno bipolar, episodio actual maníaco con síntomas psicóticos.
F31.3	Trastorno bipolar, episodio actual depresivo leve o moderado.
F31.4	Trastorno bipolar, episodio actual depresivo grave sin síntomas psicóticos.
F31.5	Trastorno bipolar, episodio actual depresivo grave con síntomas psicóticos.
F31.6	Trastorno bipolar, episodio actual mixto.
F31.7	Trastorno bipolar, actualmente en remisión.
F31.8	Otros trastornos bipolares.
F31.9	Trastorno bipolar sin especificación.
F32	**Episodios depresivos.**
F32.0	Episodio depresivo leve.
F32.1	Episodio depresivo moderado.
F32.2	Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos.
F32.3	Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos.
F32.8	Otros episodios depresivos.
F32.9	Episodio depresivo sin especificación.
F33	**Trastorno depresivo recurrente.**
F33.0	Trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve.

F33.1	Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado.
F33.2	Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave sin síntomas psicóticos.
F33.3	Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave con síntomas psicóticos.
F33.4	Trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión.
F33.8	Otros trastornos depresivos recurrentes.
F33.9	Trastorno depresivo recurrente sin especificación.
F34	**Trastornos del humor (afectivos) persistentes.**
F34.0	Ciclotimia.
F34.1	Distimia.
F34.8	Otros trastornos del humor (afectivos) persistentes.
F34.9	Trastorno del humor (afectivo) persistente sin especificación.
F38	**Otros trastornos del humor (afectivos).**
F38.0	Otros trastornos del humor (afectivos) aislados.
F38.1	Otros trastornos del humor (afectivos) recurrentes.
F38.8	Otros trastornos del humor (afectivos).
F39	Trastorno del humor (afectivo) sin especificación.
F40-F49	**Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos.**
F40	**Trastornos de ansiedad fóbica.**
F40.0	Agorafobia.
F40.1	Fobias sociales.
F40.2	Fobias específicas (aisladas).
F40.8	Otros trastornos de ansiedad fóbica.
F40.9	Trastorno de ansiedad fóbica sin especificación.
F41	**Otros trastornos de ansiedad.**
F41.0	Trastorno de pánico (ansiedad paroxística episódica).
F41.1	Trastorno de ansiedad generalizada.
F41.2	Trastorno mixto ansioso-depresivo.
F41.3	Otro trastorno mixto de ansiedad.
F41.8	Otros trastornos de ansiedad especificados.
F41.9	Trastorno de ansiedad sin especificación.
F42	**Trastorno obsesivo-compulsivo.**
F42.0	Con predominio de pensamientos o rumiaciones obsesivas.
F42.1	Con predominio de actos compulsivos (rituales obsesivos).
F42.2	Con mezcla de pensamientos y actos obsesivos.
F42.8	Otros trastornos obsesivo-compulsivos.
F42.9	Trastorno obsesivo-compulsivo sin especificación.

F43	**Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación.**
F43.0	Reacción a estrés agudo.
F43.1	Trastorno de estrés post-traumático.
F43.2	Trastornos de adaptación.
F43.8	Otras reacciones a estrés grave.
F43.9	Reacción a estrés grave sin especificación.
F44	**Trastornos disociativos (de conversión).**
F44.0	Amnesia disociativa.
F44.1	Fuga disociativa.
F44.2	Estupor disociativo.
F44.3	Trastornos de trance y de posesión.
F44.4	Trastornos disociativos de la motilidad.
F44.5	Convulsiones disociativas.
F44.6	Anestesias y pérdidas sensoriales disociativas.
F44.7	Trastornos disociativos (de conversión) mixtos.
F44.8	Otros trastornos disociativos (de conversión).
F44.9	Trastorno disociativo (de conversión) sin especificación.
F45	**Trastornos somatomorfos.**
F45.0	Trastorno de somatización.
F45.1	Trastorno somatomorfo indiferenciado.
F45.2	Trastorno hipocondríaco.
F45.3	Disfunción vegetativa somatomorfa.
F45.4	Trastorno de dolor persistente somatomorfo.
F45.8	Otros trastornos somatomorfos.
F45.9	Trastorno somatomorfo sin especificación.
F48	**Otros trastornos neuróticos.**
F48.0	Neurastenia.
F48.1	Trastorno de despersonalización-desrealización.
F48.8	Otros trastornos neuróticos especificados.
F48.9	Trastorno neurótico sin especificación.
F50-F59	**Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos.**
F50	**Trastornos de la conducta alimentaria.**
F50.0	Anorexia nerviosa.
F50.1	Anorexia nerviosa atípica.
F50.2	Bulimia nerviosa.
F50.3	Bulimia nerviosa atípica.
F50.4	Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas.
F50.5	Vómitos en otras alteraciones psicológicas.

F50.8	Otros trastornos de la conducta alimentaria.
F50.9	Trastorno de la conducta alimentaria sin especificación.
F51	**Trastornos no orgánicos del sueño.**
F51.0	Insomnio no orgánico.
F51.1	Hipersomnio no orgánico.
F51.2	Trastorno no orgánico del ciclo sueño-vigilia.
F51.3	Sonambulismo.
F51.4	Terrores nocturnos.
F51.5	Pesadillas.
F51.8	Otros trastornos no orgánicos del sueño.
F51.9	Trastorno no orgánico del sueño de origen sin especificación.
F52	**Disfunción sexual no orgánica.**
F52.0	Ausencia o pérdida del deseo sexual.
F52.1	Rechazo sexual y ausencia de placer sexual.
F52.2	Fracaso de la respuesta genital.
F52.3	Disfunción orgásmica.
F52.4	Eyaculación precoz.
F52.5	Vaginismo no orgánico.
F52.6	Dispareunia no orgánica.
F52.7	Impulso sexual excesivo.
F52.8	Otras disfunciones sexuales no debidas a enfermedades o trastornos orgánicos.
F52.9	Disfunción sexual no debida a enfermedad o trastorno orgánico.
F53	**Trastornos mentales y del comportamiento en el puerperio no clasificados en otro lugar.**
F53.0	Trastornos mentales y del comportamiento en el puerperio no clasificados en otro lugar leves.
F53.1	Trastornos mentales y del comportamiento en el puerperio no clasificados en otro lugar graves.
F53.8	Otros trastornos mentales en el puerperio no clasificados en otro lugar.
F53.9	Otro trastorno mental o del comportamiento del puerperio, sin especificación.
F54	**Factores psicológicos y del comportamiento en trastornos o enfermedades clasificados en otro lugar.**
F55	**Abuso de sustancias que no producen dependencia.**
F59	**Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos sin especificación.**
F60-F69	**Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto.**
F60	**Trastornos específicos de la personalidad.**

F60.0	Trastorno paranoide de la personalidad.
F60.1	Trastorno esquizoide de la personalidad.
F60.2	Trastorno disocial de la personalidad.
F60.3	Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad.
F60.4	Trastorno histriónico de la personalidad.
F60.5	Trastorno anancástieo de la personalidad.
F60.6	Trastorno ansioso (con conducta de evitación) de la personalidad.
F60.7	Trastorno dependiente de la personalidad.
F60.8	Otros trastornos específicos de la personalidad.
F60.9	Trastorno de la personalidad sin especificación.
F61	**Trastornos mixtos y otros trastornos de la personalidad.**
F61.0	Trastornos mixtos de la personalidad.
F61.1	Variaciones problemáticas de la personalidad no clasificables en F60 ó F62.
F62	**Transformación persistente de la personalidad no atribuible a lesión o enfermedad cerebral.**
F62.0	Transformación persistente de la personalidad tras experiencia catastrófica.
F62.1	Transformación persistente de la personalidad tras enfermedad psiquiátrica.
F62.8	Otras transformaciones persistentes de la personalidad.
F62.9	Transformación persistente de la personalidad sin especificación.
F63	**Trastornos de los hábitos y del control de los impulsos.**
F63.0	Ludopatía.
F63.1	Piromanía.
F63.2	Cleptomanía
F63.3	Tricotilomanía.
F63.8	Otros trastornos de los hábitos y del control de los impulsos.
F63.9	Trastorno de los hábitos y del control de los impulsos sin especificación.
F64	**Trastornos de la identidad sexual.**
F64.0	Transexualismo.
F64.1	Transvestismo no fetichista.
F64.2	Trastorno de la identidad sexual en la infancia.
F64.8	Otros trastornos de la identidad sexual.
F64.9	Trastorno de la identidad sexual sin especificación.
F65	**Trastornos de la inclinación sexual.**
F65.0	Fetichismo.
F65.1	Transvestismo fetichista.
F65.2	Exhibicionismo.

F65.3	Escoptofilia (voyeurismo).
F65.4	Paidofilia.
F65.5	Sadomasoquismo.
F65.6	Trastornos múltiples de la inclinación sexual.
F65.8	Otros trastornos de la inclinación sexual.
F65.9	Trastorno de la inclinación sexual sin especificación.
F66	**Trastornos psicológicos y del comportamiento del desarrollo y orientación sexuales.**
F66.0	Trastorno de la maduración sexual.
F66.1	Orientación sexual egodistónica.
F66.2	Trastorno de la relación sexual.
F66.8	Otros trastornos del desarrollo psicosexual.
F66.9	Trastorno del desarrollo psicosexual sin especificación.
F68	**Otros trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto.**
F68.0	Elaboración psicológica de síntomas somáticos.
F68.1	Producción intencionada o fingimiento de síntomas o invalideces somáticas o psicológicas (trastorno ficticio).
F68.8	Otros trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto especificados.
F69	**Trastorno de la personalidad y del comportamiento del adulto sin especificación.**
F70-F79	**Retraso mental.**
F70	Retraso mental leve.
F71	Retraso mental moderado.
F72	Retraso mental grave.
F73	Retraso mental profundo.
F78	Otros retrasos mentales.
F79	Retraso mental sin especificación.
F80-F89	**Trastornos del desarrollo psicológico.**
F80	**Trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje.**
F80.0	Trastorno específico de la pronunciación.
F80.1	Trastorno de la expresión del lenguaje.
F80.2	Trastorno de la comprensión del lenguaje.
F80.3	Afasia adquirida con epilepsia (síndrome de Landau-Kleffner).
F80.8	Otros trastornos del desarrollo del habla y del lenguaje.
F80.9	Trastorno del desarrollo del habla y del lenguaje sin especificación.
F81	**Trastornos específicos del desarrollo del aprendizaje escolar.**
F81.0	Trastorno específico de la lectura.

F81.1	Trastorno específico de la ortografía.
F81.2	Trastorno específico del cálculo.
F81.3	Trastorno mixto del desarrollo del aprendizaje escolar.
F81.8	Otros trastornos del desarrollo del aprendizaje escolar.
F81.9	Trastorno del desarrollo del aprendizaje escolar sin especificación.
F82	**Trastorno específico del desarrollo psicomotor.**
F83	**Trastorno específico del desarrollo mixto.**
F84	**Trastornos generalizados del desarrollo.**
F84.0	Autismo infantil.
F84.1	Autismo atípico.
F84.2	Síndrome de Rett.
F84.3	Otro trastorno desintegrativo de la infancia.
F84.4	Trastorno hipercinético con retraso mental y movimientos estereotipados.
F84.5	Síndrome de Asperger.
F84.8	Otros trastornos generalizados del desarrollo.
F84.9	Trastorno generalizado del desarrollo sin especificación.
F88	**Otros trastornos del desarrollo psicológico.**
F89	**Trastorno del desarrollo psicológico sin especificación.**
F90-F98	**Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia.**
F90	**Trastornos hipercinéticos.**
F90.0	Trastorno de la actividad y de la atención.
F90.1	Trastorno hipercinético disocial.
F90.8	Otros trastornos hipercinéticos.
F90.9	Trastorno hipercinético sin especificación.
F91	**Trastornos disociales.**
F91.0	Trastorno disocial limitado al contexto familiar.
F91.1	Trastorno disocial en niños no socializados.
F91.2	Trastorno disocial en niños socializados.
F91.3	Trastorno disocial desafiante y oposicionista.
F91.8	Otros trastornos disociales.
F91.9	Trastorno disocial sin especificación.
F92	**Trastornos disociales y de las emociones mixtos.**
F92.0	Trastorno disocial depresivo.
F92.8	Otros trastornos disociales y de las emociones mixtos.
F92.9	Trastorno disocial y de las emociones mixto sin especificación.
F93	**Trastornos de las emociones de comienzo habitual en la infancia.**

F93.0	Trastorno de ansiedad de separación de la infancia.
F93.1	Trastorno de ansiedad fóbica de la infancia.
F93.2	Trastorno de hipersensibilidad social de la infancia.
F93.3	Trastorno de rivalidad entre hermanos.
F93.8	Otros trastornos de las emociones en la infancia.
F93.9	Trastorno de las emociones en la infancia sin especificación.
F94	**Trastornos del comportamiento social de comienzo habitual en la infancia y adolescencia.**
F94.0	Mutismo selectivo.
F94.1	Trastorno de vinculación de la infancia reactivo.
F94.2	Trastorno de vinculación de la infancia desinhibido.
F94.8	Otros trastornos del comportamiento social en la infancia y adolescencia.
F94.9	Trastorno del comportamiento social en la infancia y adolescencia sin especificación.
F95	**Trastornos de tics.**
F95.0	Trastorno de tics transitorios.
F95.1	Trastorno de tics crónicos motores o fonatorios.
F95.2	Trastorno de tics múltiples motores y fonatorios combinados (síndrome de Gilles de la Tourette).
F95.8	Otros trastornos de tics.
F95.9	Trastorno de tics sin especificación.
F98	**Otros trastornos de las emociones y del comportamiento de comienzo habitual en la infancia y adolescencia.**
F98.0	Enuresis no orgánica.
F98.1	Encopresis no orgánica.
F98.2	Trastorno de la conducta alimentaria en la infancia.
F98.3	Pica en la infancia.
F98.4	Trastorno de estereotipias motrices.
F98.5	Tartamudeo (espasmofemia).
F98.6	Farfulleo.
F98.8	Otros trastornos de las emociones y del comportamiento en la infancia y adolescencia especificados.
F98.9	Trastorno de las emociones y del comportamiento de comienzo habitual en la infancia o la adolescencia sin especificación.
F99	**Trastorno mental sin especificación.**

PREGUNTAS.

1)- Que es una demencia? Como se detecta una seudodemencia? .

2)- Cuales son los grados de retraso mental?

3)- Que diferencia hay entre delirio primario y secundario?

4)- Que es un trastorno de la personalidad? Que tipos hay?

ANEXO 12. DESCRIPCIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

Según el DSM IV-TR:

Un trastorno de la personalidad es un patrón persistente de de formas de pensar, sentir y comportarse que es relativamente estable a lo largo del tiempo. Las características de un TP suelen hacerse reconocibles durante la adolescencia o la principio de la edad adulta.

Criterios diagnósticos generales para un trastorno de la personalidad:

A. Un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta causadamente de las expectativas de la cultura del sujeto. Este patrón se manifiesta en dos (o más) de las áreas siguientes:

B.

(1) cognición (p.ej. formas de percibir e interpretarse a uno mismo, a los demás y a los acontecimientos)

(2) afectividad (p, ej. gama, intensidad, labilidad y adecuación de la respuesta emocional)

(3) actividad interpersonal

(4) control de los impulsos

C. Este patrón persistente te es inflexible y se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales.

D. Este patrón persistente provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

E. El patrón es estable y de larga duración, y su inicio se remonta al menos a la adolescencia o principio de la edad adulta.

F. El patrón persistente no es atribuible a una manifestación o a una consecuencia de otro trastorno mental

G. El patrón persistente no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p.ej., una droga, un medicamento) ni a una enfermedad médica (p.ej., traumatismo craneal).

Diagnóstico diferencial:

- Trastornos mentales del eje I
- Trastornos psicóticos
- Trastornos del estado del ánimo y trastornos de ansiedad
- Trastorno por estrés post traumático
- Trastorno relacionado con sustancias
- Cambio de personalidad debido a enfermedad médica
- Rasgos de personalidad

GRUPO A

A.1) TRASTORNO ESQUIZOIDE DE LA PERSONALIDAD

DIAGNÓSTICO

El trastorno de la personalidad de tipo Esquizoide vivencia su entorno desde su impronta de ser SOLITARIO. Así, posee una visión de sí mismo como una persona *solitaria y autosuficiente*; una visión de los demás como *intrusos*; y una estrategia general de relación con el medio de *mantenerse alejado*.

Según la APA (2002), el diagnóstico del Trastorno de la personalidad de tipo Esquizoide posee los siguientes criterios:

A. Un patrón general de distanciamiento de las relaciones sociales y de restricción de la expresión emocional en el plano interpersonal, que comienza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos, como lo indican cuatro (o más) de los siguientes puntos:

(1) ni desea ni disfruta de las relaciones sociales, incluido el formar parte de una familia

(2) escoge casi siempre actividades solitarias

(3) tiene escaso o ningún interés en tener experiencias sexuales con otra persona

(4) disfruta con pocas o ninguna actividad

(5) no tiene amigos íntimos o personas de confianza, aparte de los familiares de primer grado

(6) se muestra indiferente a los halagos o las críticas de los demás

(7) muestra frialdad emocional, distanciamiento o aplanamiento de la afectividad

B. Estas características no aparecen exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia, un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos u otro trastorno psicótico, y no son debidas a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Según la APA (2002), el trastorno esquizoide de la personalidad se diferencia del *trastorno delirante, la esquizofrenia y el trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos* por el hecho de caracterizarse por un período de síntomas psicóticos persistentes (p. ej., ideas delirantes y alucinaciones). Para realizar un diagnóstico adicional de trastorno esquizoide de la personalidad, el trastorno de la personalidad debe haberse manifestado desde antes de iniciarse los síntomas psicóticos y debe persistir cuando los síntomas psicóticos estén en remisión. Asimismo, puede haber grandes dificultades para distinguir a los sujetos con trastorno esquizoide de la personalidad de quienes presentan formas leves de *trastorno autista* y *trastorno de Asperger*, los que se distinguen por un deterioro más grave de la interacción social y por comportamientos e intereses estereotipados. El trastorno esquizoide de la personalidad puede diferenciarse del *trastorno esquizotípico* de la personalidad por la falta de distorsiones perceptivas; del *trastorno paranoide* de la personalidad, por la falta de suspicacia e ideación paranoide; y del *trastorno de la personalidad por evitación*, que el aislamiento social de éste es debido al temor a encontrarse agobiado o a no saber qué hacer y a la anticipación excesiva de rechazo y no al distanciamiento y el limitado deseo de familiarizarse con los demás del esquizoide (APA, 2001).

EPIDEMIOLOGÍA

Prevalencia: El trastorno esquizoide de la personalidad es poco frecuente en el entorno clínico.

Patrón familiar: El trastorno esquizoide de la personalidad puede ser más prevalente en los familiares de los sujetos con esquizofrenia o con trastorno esquizotípico de la personalidad.

SEMIOLOGÍA

a) Conductualmente, los esquizoides tienden a variar desde la apatía a la inercia. Parecen fatigados y faltos de vitalidad;

b) Interpersonalmente, parecen variar desde ser reservados a ausentes, tienen pocos amigos íntimos, si es que tienen algunos;

c) Cognitivamente, los esquizoides varían desde el empobrecimiento a la aridez;

d) Su capacidad para la expresión afectiva varía desde el aplanado a frío, frecuentemente parecen fríos, sin respuesta y sin sentimientos;

e) La percepción de sí mismos parece variar desde complacientes a faltos de vitalidad, tienen escasa conciencia de sí mismos;

f) el mecanismo de defensa principal empleado por los esquizoides es la intelectualización (Millon T., 1994).

A.2) TRASTORNO ESQUIZOTÍPICO DE LA PERSONALIDAD

Este trastorno se halla situado entre la personalidad esquizoide y la esquizofrenia. Consiste en una conducta, un habla, un pensamiento y una percepción peculiar y extraña. Es un sujeto que suele aislarse, con afecto inapropiado y ansiedad social.

La prevalencia está alrededor del 3% de la población general y puede ser ligeramente más común en varones. Es más alta la incidencia en gemelos monocigóticos y entre familiares de primer grado de enfermos de esquizofrenia. La combinación de genes y de ambiente puede determinar qué enfermos van a desarrollar un trastorno esquizotípico de la personalidad y qué enfermos van a desarrollar una esquizofrenia, aunque hay muchos sujetos esquizotípicos que no presentan antecedentes familiares de esquizofrenia.

El trastorno aparece en la niñez, suelen ser muchachos solitarios, con pobres relaciones sociales, poco exitosos en la escuela, hipersensibles, con peculiares pensamientos y lenguaje y estrafalarias fantasías. Pueden parecer raros y excéntricos y ser objeto de burlas. Hay ciertos trabajos que hacen uso de las características de este trastorno, como son los lectores de la palma de la mano, astrólogo y devotos de sectas religiosas inusuales.

Los individuos afectados tienen un pensamiento mágico, suelen ser supersticiosos o telepáticos, con ilusiones recurrentes. Su mundo interno puede estar lleno de miedos infantiles. A veces se creen que tienen poderes especiales o que han sufrido experiencias paranormales. Todo esto influye en su conducta

rara o excéntrica. Utilizan un lenguaje extraño, circunstancial y metafórico en el que no suele haber disgregación de las asociaciones ni incoherencia, su discurso es oscuro y suele tener significado solo para ellos. A veces presentan unas ideas de referencia que no llegan a ser delirios. Tienen disminuida su capacidad de relacionarse por su afecto frío y distante, no tienen amigos fuera de la familia, llegando a aislarse socialmente. Los individuos con trastorno esquizotípico de la personalidad pueden ser sensibles para detectar afectos negativos en los demás, desconociendo sus propios sentimientos. Evitan el contacto visual. A menudo tienen tendencias paranoides leves, son muy suspicaces, siendo hipersensibles a las críticas. Pueden tener síntomas psicóticos transitorios y circunscritos, desencadenados por el estrés, que suelen durar minutos u horas.

El curso de este trastorno suele ser estable produciendo una reducción significativa de la adaptación social y laboral. Algunos, no obstante, se casan y tienen empleo a pesar de sus rarezas. Un pequeño porcentaje de las personas afectadas desarrollan una esquizofrenia u otro trastorno psicótico y también puede aparecer una depresión mayor. El trastorno esquizotípico puede ser concomitante con otros trastornos de personalidad como el esquizoide, el paranoide, el ansioso y el límite. Según algunos autores, no es infrecuente el suicidio y son poco comunes el abuso de alcohol y de las drogas.

El diagnóstico diferencial se puede hacer con la esquizofrenia, en la que aparecen síntomas psicóticos durante periodos más amplios de tiempo que en el trastorno esquizotípico. El trastorno esquizoide y paranoide de la personalidad no presentan alteraciones patológicas del pensamiento, la percepción y el lenguaje. Los individuos con trastorno límite de la personalidad expresan sentimientos en respuesta al estrés y son, normalmente, más disociativos. En el trastorno límite predomina la demanda y la manipulación sobre la excentricidad.

A.3) TRASTORNO PARANOIDE DE LA PERSONALIDAD

Adolf Meyer fue quien introdujo el diagnóstico del carácter paranoide en psiquiatría. En la clasificación de personalidades anormales y psicopáticas de Kurt Schneider, los afectados por este trastorno se corresponden con los psicópatas fanáticos.

El rasgo principal de la personalidad paranoide es la continua suspicacia de la persona y su desconfianza de la gente en general.

La prevalencia de este trastorno oscila entre el 0,5% y el 2,5%, siendo más común en los hombres. No parece que haya predominio familiar y sí que sea más frecuente entre grupos minoritarios, inmigrantes y sordos. Las personas afectadas por esta patología en la adolescencia suelen ser solitarios, con ansiedad social, insuficientemente exitosos en la escuela y con pobres relaciones sociales, por lo que estos chicos pueden parecer raros y excéntricos a los ojos de los demás.

Entre los rasgos clínicos de este trastorno destaca la forma que tiene el sujeto de tratar a los demás: desconfía de la gente excesiva e injustificadamente, pensando que le van a hacer daño o a explotar; duda de la lealtad de sus allegados hasta cuestionarse la fidelidad de su esposa o pareja sexual; es reservado y cauteloso, no haciendo confidencias por si las utilizan contra él; evita las críticas; le afectan los problemas relativos a la dependencia y a la intimidad, necesitando ser autosuficientes. Y, a menudo, en el individuo afectado por el trastorno paranoide de la personalidad aparecen proyecciones, prejuicios e ideas de referencia que le pueden producir hostilidad, irritabilidad y ansiedad.

Otro rasgo fundamental de estos sujetos es su hipersensibilidad, se sienten ofendidos y humillados fácilmente, con tendencia a contraatacar cuando se sienten amenazados. Con frecuencia se hallan envueltos en disputas legales, son incapaces de relajarse y suelen exagerar las dificultades.

Son individuos de afectividad restringida con apariencia de fríos, poco emotivos y orgullosos de serlo. No tienen sentido del humor, son incapaces de reírse de ellos mismos. Rehúsan la responsabilidad de sus propios sentimientos y asignan esta responsabilidad a los demás.

Dos observaciones llamativas sobre este trastorno son: Las personas que les dan miedo y les producen rechazo, suelen ser muy parecidos a ellos. La forma de llegar al médico suele ser como cónyuge demandante o acusando a otro pariente de "enfermo". En la entrevista psiquiátrica se presentan confusos y atareados, están tensos, siendo incapaces de relajarse y necesitan buscar indicios en su entorno para justificar su suspicacia.

El trastorno empieza en la juventud y suele durar toda la vida, ocasionando importantes problemas en el trabajo y en la convivencia con los demás. En ocasiones, por el paso del tiempo o por la disminución del estrés, da lugar a formaciones reactivas, con un interés apropiado por la moralidad y por las preocupaciones altruistas.

Los sujetos con un trastorno paranoide de la personalidad pueden desarrollar una depresión mayor, tienen incrementado el riesgo de padecer agorafobia y trastornos obsesivo-compulsivos y con frecuencia consumen alcohol y otras sustancias de abuso. Algunas veces aparece concomitante con otros trastornos de personalidad como son el trastorno esquizotípico, el esquizoide, el narcisista, el evitativo y el límite.

El diagnóstico diferencial incluye distintos cuadros respecto al trastorno paranoide de la personalidad: en el trastorno paranoide (delirante) hay una ideación delirante que en el trastorno de personalidad no existe. La esquizofrenia paranoide se diferencia por la aparición de alucinaciones, delirios extraños y trastornos formales del pensamiento. Otros trastornos de personalidad como el trastorno límite se distingue por la aparición de conductas

autodestructivas; el trastorno disocial tiene una larga historia de alteraciones en la conducta social no ocurriendo en el trastorno paranoide de la personalidad; los individuos con trastorno esquizoide de la personalidad son introvertidos y fríos, pero no tiene ideación paranoide; los sujetos afectos por el trastorno esquizotípico además de ser suspicaces, tener frialdad interpersonal y una ideación paranoide, tienen un pensamiento mágico, unas experiencias perceptivas poco corrientes y un discurso raro, que les diferencian de los individuos con trastorno paranoide de la personalidad.

GRUPO B

A.4) TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD

DIAGNÓSTICO

La característica general de este trastorno es un patrón de desprecio y violación de los derechos de los demás, que comienza en la infancia o principio de la edad adulta.

El DSM – IV- TR lo define por:

A. Patrón consistente de desconsideración y violación de los derechos de los demás que se presenta desde la edad de 15 años, como lo indican tres (o más) de los siguientes ítems:

(1) fracaso para adaptarse a las normas sociales en lo que respecta al comportamiento legal, como lo indica el perpetrar repetidamente actos que son motivo de detención

(2) deshonestidad, indicada por mentir repetidamente, utilizar un alias, estafar a otros para obtener un beneficio personal o por placer

(3) impulsividad o incapacidad para planificar el futuro

(4) irritabilidad y agresividad, indicados por peleas físicas repetidas o agresiones

(5) despreocupación 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 remordimiento, como lo indica la indiferencia o la justificación del haber dañado, maltratado o robado a otros.

B. El sujeto tiene al menos 18 años

C. Existen pruebas de un trastorno disocial que comienza antes de la edad de 15 años.

D. El comportamiento antisocial no aparece exclusivamente en el curso de una esquizofrenia o un episodio maníaco.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

Trastorno relacionado con sustancias: no se diagnóstica TAP, a no ser que los signos del TAP también hayan aparecido en la infancia y hayan continuado hasta la edad adulta.

Esquizofrenia o episodio maníaco: si la cdta antisocial sólo aparecen aquí no se diagnóstica TAP.

Trastorno narcisista de la personalidad: los sujetos con TNP no incluyen las características de impulsividad, agresión, engaño, y no suelen tener historia de trastorno disocial en la infancia. TAP suelen no estar necesitados de despertar admiración y envidia en los demás

Trastorno histriónico de la personalidad: THP tienden a ser más exageradas en sus emociones y no se suelen involucrar en comportamientos antisociales.

Trastorno límite de la personalidad: su manipulación va destinada a atraer la atención y no a sacar provecho de los demás como en TAP

Trastorno paranoide de la personalidad: aquí prima como motivación el deseo de venganza, y no el deseo de ganancia personal o la explotación de los demás como en el TAP.

EPIDEMIOLOGÍA

Las cifras de prevalencia del TAP varían enormemente según los estudios (metodología, instrumentación, criterios diagnósticos, etc.)y, sobre todo, en función del tipo de población estudiada. DSM IV: 3% varones y 1% mujeres con población de la comunidad, EGA: 0,8% población de la comunidad, Robbins et al (1984): 4% varones y 1% mujeres en población de la comunidad, Dahl (1984): 14% de admisiones psiquiátricas, Kass et al.(1985): 2% en población hospitalaria; Weiss et al. (1983): 4% en pacientes de primeras admisiones psiquiátricas; Kosten et al. (1982): 55% en población adicta a opiáceos; Hesselbrock et al (1985): 49% en población de alcohólicos hospitalizados; y Hare (1980): 76% en población carcelaria. (Pág. 102)

Para población general: 3% hombre y 1% mujeres (DSM IV)

SEMIOLOGÍA

Falta de empatía, engreimiento y encanto superficial. (DSM IV)

Carecen de empatía, tienden a ser insensibles, cínicos y a menospreciar los sentimientos, derechos, y penalidades de los demás. Pueden tener un gran concepto de sí mismo, arrogancia y engreimiento y pueden mostrar labia y encanto superficial. (DSM IV)

A.5) TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

DIAGNÓSTICO

La característica esencial del trastorno es un patrón generalizado de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad, y una notable impulsividad que comienza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos (DSM IV). Puede verse como un nivel de psicopatología que es serio y entraña episodios psicóticos breves y repetidos, y déficit en competencia social.

El Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM IV TR) define al trastorno límite de personalidad como un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad, y una notable impulsividad, que comienza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:

(1) esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado. Nota: no incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el criterio 5.

(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 persistentemente inestable

(4) impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo(p.ej., gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida) Nota: no incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el criterio 5

(5) inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (p.ej., episodios de intensa disforia, irritabilidad, o ansiedad, que suelen durar unas horas y raramente unos días)

(6) sentimientos crónicos de vacío

(7) ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (p.ej., muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes)

(8) ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Trastornos de estado del ánimo: TLP tiene una historia crónica, a largo plazo, inicio temprano y curso prolongado.

Esquizofrenia: los pacientes con un TLP muestran frecuentemente breves episodios psicóticos. Sin embargo, estos episodios serán de corta duración. La amplia brecha entre las relaciones socialmente torpes y distantes de los pacientes esquizofrénicos y las relaciones con carga afectiva, necesitadas, de los pacientes límite, les hacen fácilmente distinguibles para los clínicos.

Trastorno histriónico de la personalidad: ambos se caracterizan por búsqueda de atención, comportamiento manipulativo y emociones rápidamente cambiante, pero TLP se diferencia por autodestructividad, rupturas airadas de las relaciones personales y los sentimientos crónicos de un profundo vacío y soledad.

Trastorno esquizotípico de la personalidad: ambos tienen ideación paranoide (ideas o ilusiones) pero en TLP estos síntomas son pasajeros, interpersonalmente reactivos y en respuesta a estructuras externas.

Trastorno paranoide y trastorno narcisista de la personalidad: comparten la reacción colérica a estímulos menores, pero presentan una autoimagen estable, falta de autodestructividad, de impulsividad y de preocupaciones por el abandono que los diferencian del TLP.

Trastorno antisocial de personalidad: aquí se da manipulación pero para obtener provecho, poder u otra gratificación material, mientras que en TLP la manipulación está dirigida a lograr el interés de quienes se ocupan de ellos.

Trastorno de personalidad por dependencia: ambos caracterizados por el temor al abandono, sin embargo En el TLP la reacción ante éste es con sentimientos de vacío emocional, rabia y demandas, en cambio en el TPD la reacción es con aumento de mansedumbre y sumisión y la búsqueda urgente de una relación que reemplace la anterior. Además en el TLP se da el patrón de relaciones intensas e inestables.

Cambio de personalidad debido a una enfermedad médica: los rasgos aparecen como un efecto directo de una enfermedad del sistema nervioso central.

Consumo crónico de sustancias: rasgos de personalidad debido al efecto del consumo de sustancias.

Problemas de la identidad: preocupaciones sobre la propia identidad relacionadas con una fase del desarrollo, como en la adolescencia, que no es considerado un trastorno mental.

EPIDEMIOLOGÍA

LEIGHTON 1963 1,7% de los trastorno de la personalidad son emocionalmente inestable.

DSM IV: 2% de la población general, 10% de sujetos vistos en centros ambulatorios de salud mental, 20% pacientes psiquiátricos ingresados, 30 a 60% en población con Trastorno de personalidad.

A.6) TRASTORNO HISTRIÓNICO DE LA PERSONALIDAD

DIAGNÓSTICO

La característica esencial del trastorno histriónico de la personalidad es la emotividad generalizada y excesiva y el comportamiento de búsqueda de atención. Este patrón empieza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos.

El Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM IV TR) define al trastorno histriónico de personalidad como:

Un patrón general de excesiva emotividad y una búsqueda de atención, 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) no se siente cómodo en las situaciones en las que no es el centro de la atención

(2) la interacción con los demás suele estar caracterizada por un comportamiento sexualmente seductor o provocador

(3) muestra una expresión emocional superficial y rápidamente cambiante

(4) utiliza permanentemente el aspecto físico para llamar la atención sobre sí mismo

(5) tiene una forma de hablar excesivamente subjetiva y carente de matices

(6) muestra autodramatización, teatralidad y exagerada expresión emocional

(7) es sugestionable, por ejemplo, fácilmente influenciable por los demás o por las circunstancias

(8) considera sus relaciones más íntimas de lo que son en realidad

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Trastorno Límite de la Personalidad: se diferencia por la autodestructividad, las rupturas airadas de las relaciones personales y los sentimientos crónicos de un profundo vacío y alteración de la identidad.

Trastorno Antisocial de la Personalidad: comparten la tendencia a ser impulsivos, superficiales, buscadores de sensaciones, temerarios, seductores y manipuladores, pero las personas con trastorno histriónico de la personalidad tienden a ser más exagerados en sus emociones y no es característico de ellos implicarse en comportamientos antisociales. Los sujetos con trastorno histriónico de la personalidad son manipuladores para lograr que les mimen, mientras que las personas con trastorno antisocial de la personalidad son manipuladoras para sacar un provecho o para obtener poder u otra gratificación material.

Trastorno Narcisista de la personalidad: también buscan con afán la atención de los demás, normalmente desean ser halagados por su «superioridad», mientras que el individuo con trastorno histriónico de la personalidad espera ser visto como frágil o dependiente siempre que esto pueda ser instrumental para lograr atención. Los sujetos con trastorno narcisista de la personalidad pueden exagerar la intimidad de sus relaciones con la demás gente, pero son más propensos a poner énfasis en el *status* «VIP» o en la riqueza de sus amigos.

Trastorno de la Personalidad por Dependencia: Estos sujetos son dependiente de los elogios y consejos de los demás, pero sin las características extravagantes, exageradas y emocionales del trastorno histriónico de la personalidad.

Cambio de la Personalidad Debido a una Enfermedad Médica: En este caso los rasgos surgen como un efecto directo de una enfermedad del sistema nervioso central.

EPIDEMIOLOGÍA

Los datos limitados que proporcionan los estudios en la población general sugieren una prevalencia del trastorno histriónico de la personalidad aproximadamente del 2-3 %. Utilizando evaluaciones estructuradas, se han señalado tasas del 10-15 % en centros de salud mental tanto hospitalarios como ambulatorios (DSM IV).

SEMIOLOGÍA

Los sujetos con trastorno histriónico de la personalidad pueden tener dificultades para alcanzar la intimidad emocional en las relaciones románticas o sexuales. Sin ser conscientes de ello, frecuentemente están haciendo un papel (p. ej., de «víctima» o de «princesa») en sus relaciones con los demás. Pueden tratar de ejercer un control sobre su compañero mediante la manipulación emocional o la seducción, por una parte, en tanto que, por otra, demuestran una notable dependencia de él. Los sujetos con este trastorno suelen tener unas relaciones deterioradas con los amigos de su mismo sexo debido a que su estilo interpersonal sexualmente provocativo puede ser visto como una amenaza para las relaciones de aquéllos. Estas personas pueden apartar a los amigos con sus demandas de atención constante. A menudo, se entristecen y se enfadan cuando no son el centro de atención. Buscan la novedad, la estimulación y la excitación, y tienen tendencia a aburrirse con su rutina habitual. Suelen ser poco tolerantes o sentirse frustrados en las situaciones en las que se retrasa la gratificación, y sus actos suelen estar dirigidos a obtener una gratificación inmediata. Si bien es frecuente que empiecen un trabajo o hagan proyectos con mucho entusiasmo, su interés se desvanece rápidamente. Pueden descuidar las relaciones a largo plazo para dedicarse a la excitación de las nuevas relaciones.

No se conoce el riesgo real de suicidio, pero la experiencia clínica sugiere que los individuos con este trastorno tienen un riesgo elevado para los intentos y las amenazas suicidas con el fin de llamar la atención y coaccionar mejor a quienes se ocupan de ellos.

A.7) TRASTORNO NARCISISTA DE LA PERSONALIDAD

DIAGNÓSTICO

La característica esencial del trastorno narcisista de la personalidad es un patrón general de grandiosidad, necesidad de admiración y falta de empatía que empieza al comienzo de la edad adulta y que se da en diversos contextos.

El Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM IV TR) define al trastorno narcisista de personalidad como:

Un patrón general de grandiosidad (en la imaginación o en el comportamiento), una necesidad de admiración y una falta de empatía, 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 un grandioso sentido de autoimportancia (p. ej., exagera los logros y capacidades, espera ser reconocido como superior, sin unos logros proporcionados)

(2) está preocupado por fantasías de éxito ilimitado, poder, brillantez, belleza o amor imaginarios

(3) cree que es «especial» y único y que sólo puede ser comprendido por, o sólo puede relacionarse con otras personas (o instituciones) que son especiales o de alto *status*

(4) exige una admiración excesiva

(5) es muy pretencioso, por ejemplo, expectativas irrazonables de recibir un trato de favor especial o de que se cumplan automáticamente sus expectativas

(6) es interpersonalmente explotador, por ejemplo, saca provecho de los demás para alcanzar sus propias metas

(7) carece de empatía: es reacio a reconocer o identificarse con los sentimientos y necesidades de los demás

(8) frecuentemente envidia a los demás o cree que los demás le envidian a él

(9) presenta comportamientos o actitudes arrogantes o soberbias

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

La característica más útil para discriminar entre el trastorno narcisista de la personalidad y los trastornos de la personalidad histriónico, antisocial y límite (cuyos estilos de interacción son respectivamente la coquetería, la insensibilidad y la pobreza personal) es la grandiosidad típica del trastorno narcisista de la personalidad. Aunque los sujetos con trastornos de la personalidad límite, histriónico y narcisista pueden exigir mucha atención, los sujetos con trastorno narcisista de la personalidad necesitan que la atención sea específicamente del tipo de la admiración.

Trastorno de la Personalidad Histriónico: El orgullo excesivo por los logros, una falta relativa de demostraciones emocionales y el desdén por las sensibilidades ajenas distinguen a los narcisistas de los histriónicos.

Trastorno Antisocial de la Personalidad: Ambos comparten una tendencia a ser duros, poco sinceros, superficiales, explotadores y poco empáticos. Sin embargo, el trastorno narcisista de la personalidad no incluye necesariamente las características de impulsividad, agresión y engaño. Además, los sujetos con trastorno antisocial de la personalidad pueden no estar tan necesitados de despertar admiración y envidia en los demás, y las personas con trastorno narcisista de la personalidad no suelen tener una historia de trastorno disocial en la infancia o de comportamiento delictivo en la edad adulta.

Trastorno Límite de la Personalidad: La estabilidad relativa de la autoimagen, así como la relativa falta de autodestructividad, impulsividad y preocupaciones de abandono, en los narcisistas, ayudan a la distinción de ambos trastornos.

Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad, en ambos, el individuo puede entregarse al perfeccionismo y creer que los demás no pueden hacer bien las cosas. En contraste con la autocrítica que acompaña a los que presentan trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad, los sujetos con trastorno narcisista de la personalidad son más propensos a creer que han alcanzado la perfección.

Trastorno esquizotípico o paranoide de la personalidad suele diferenciarse por la suspicacia y el retraimiento social que éstos presentan. Cuando estas cualidades aparecen en un sujeto con trastorno narcisista de la personalidad, derivan primariamente del temor a que se demuestren sus imperfecciones o defectos.

Episodio maníaco o hipomaníaco, la grandiosidad puede surgir como parte de un estado temporal asociado con el cambio del estado de ánimo o el deterioro funcional.

Cambio de la personalidad debido a una enfermedad médica, en él los rasgos surgen como un efecto directo de una enfermedad del sistema nervioso central.

Síntomas que pueden aparecer en asociación con el consumo crónico de sustancias (p. ej., el trastorno relacionado con la cocaína no especificado).

Individuos Exitosos y Prósperos: Algunos demuestran rasgos de personalidad que pueden considerarse narcisistas, pero sólo constituirán un trastorno narcisista de la personalidad cuando sean inflexibles, desadaptativos y persistentes, y ocasionan deterioro funcional significativo o malestar subjetivo.

EPIDEMIOLOGÍA

Las estimaciones de la prevalencia del trastorno narcisista de la personalidad oscilan entre el 2 y el 16 % en la población clínica y son menos del 1 % en la población general.

SEMIOLOGÍA

La vulnerabilidad de la autoestima hace al sujeto con trastorno narcisista de la personalidad muy sensible al «ultraje» de la crítica o la frustración. Aunque tal vez no lo demuestren abiertamente, las críticas pueden obsesionar a estos sujetos y hacer que se sientan humillados, degradados, hundidos y vacíos. Pueden reaccionar con desdén, rabia o contraatacando de forma desafiante.

Estas experiencias suelen conducir al retraimiento social o a una apariencia de humildad que puede enmascarar y proteger la grandiosidad. Las relaciones interpersonales están típicamente deterioradas debido a los problemas derivados de su pretenciosidad, necesidad de admiración y de la relativa falta de interés por la sensibilidad de los demás. Aunque la ambición y la confianza en ocasiones dan lugar a logros importantes, el rendimiento puede estar trastornado por la intolerancia a las críticas y las frustraciones.

Algunas veces el rendimiento profesional es muy bajo, reflejando una renuncia a asumir un riesgo en la competición o en otras circunstancias en las que es posible la frustración. Sentimientos persistentes de vergüenza o humillación y la autocrítica inherente pueden estar asociados a retraimiento social, estado de ánimo depresivo y trastorno depresivo mayor o distímico. Por el contrario, los períodos persistentes de grandiosidad pueden ir asociados a un estado de ánimo hipomaníaco.

.

GRUPO C

A.8) TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD POR EVITACIÓN

DIAGNÓSTICO

Un patrón general de inhibición social, con unos sentimientos de inferioridad y una hipersensibilidad a la evaluación negativa, que comienza al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cuatro o más de los siguientes ítems:

(1) Evita trabajos o actividades que impliquen un contacto interpersonal 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) Muestra represión en las relaciones íntimas debido al miedo a ser avergonzado o ridiculizado.

(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 sentimientos 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.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Parece existir un notable solapamiento entre el trastorno de la personalidad por evitación y la fobia social tipo generalizado hasta el punto de que podrían ser conceptualizaciones alternativas del mismo estado o de estados similares. La evitación también es típica tanto del trastorno de la personalidad por evitación como del trastorno de angustia con agorafobia. La evitación en el trastorno de angustia con agorafobia empieza de forma característica después del inicio de las crisis de angustia y puede variar en base a su frecuencia e intensidad. Por el contrario, la evitación en el trastorno de la personalidad por evitación tiende a tener un inicio temprano en ausencia de precipitantes claro y un curso estable.

Tanto el trastorno de la personalidad por evitación como el trastorno de la personalidad por dependencia se caracterizan por sentimientos de incapacidad, hipersensibilidad a la crítica y necesidad de reafirmación. Aunque la principal preocupación en el trastorno de la personalidad por evitación es la evitación de la humillación y el rechazo, en el trastorno de la personalidad por dependencia es el que se ocupen de uno.

Al igual que el trastorno de la personalidad por evitación, el trastorno esquizoide de la personalidad y el trastorno esquizotípico de la personalidad se caracterizan por el aislamiento social. Sin embargo, los sujetos con trastornos de la personalidad por evitación desean tener relaciones con otros y sufren profundamente por su soledad, mientras que quienes presentan trastorno esquizoide o trastorno esquizotípico de la personalidad pueden estar satisfechos con aquella e incluso preferir el aislamiento social.

El trastorno paranoide de la personalidad y el trastorno de la personalidad por evitación están caracterizados por la renuncia a confiar en los demás. Sin embargo, en el trastorno de la personalidad por evitación esto se debe más al miedo a encontrarse en un compromiso o a ser considerado inferior que al miedo a las malas intenciones del otro.

Por último, el trastorno de la personalidad por evitación debe diferenciarse de un cambio de personalidad debido a una enfermedad médica, en la que los rasgos aparecen como un efecto directo de una enfermedad del sistema nervioso central.

EPIDEMIOLOGÍA

Según el DSM-IV-TR, la prevalencia estimada del trastorno en la población general está entre el 0,5 y el 1 %, aumentando hasta el 10% en

pacientes mentales ambulatorios. En cuanto a la distribución por género, no existen diferencias entre mujeres y hombres.

SEMIOLOGÍA

Los rasgos característicos son ansiedad, introspección, timidez, baja autoestima, vulnerabilidad, inquietud y desasosiego, temor, vacilación e impaciencia; reacción exagerada a acontecimientos inocuos. El discurso suele ser lento y reprimido. Son frecuentes las indecisiones, las secuencias de pensamiento fragmentadas o cortadas, y una confusión ocasional o una divagación irrelevante. El comportamiento físico de estos sujetos tiende a ser muy controlado e hipoactivo, aunque puede estar salpicado de arranques de nerviosismo o movimientos rápidos y bruscos. Las expresiones emocionales suelen omitirse, aunque esta falta de respuesta les provoca tensión y disarmonía. Ejercen un gran control no solo sobre la ansiedad, sino también sobre los sentimientos de confusión y la ira.

Los sujetos evitadores se distancian de las situaciones que puedan implicarles en relaciones personales estrechas; muestran una baja inclinación a intimar con los demás sino están seguros de ser aceptados sin condiciones. Existe una larga historia de mantenimiento de las distancias y de preferir la privacidad para evitar ser avergonzados y humillados. Refieren también una larga historia de rechazos que les lleva a desarrollar una desconfianza general hacia los demás y a la experimentación de una ansiedad social generalizada.

Es característico de los sujetos evitadores el rastrear su entorno inmediato para detectar posibles amenazas. También resulta problemática la presencia de pensamientos internos intrusos y disruptivos que interfieren en el curso normal del pensamiento y parecen ahogar sus esfuerzos por mantener el control psíquico, ello suele obstaculizar la continuidad de sus pensamientos e interferir en la comunicación social.

Los individuos evitadores se ven a sí mismos como socialmente ineptos e inferiores. Lo fundamental es que encuentran justificaciones válidas para su aislamiento, su rechazo y su vacío. Describen su estado emocional como una corriente constante y confusa de tensión, tristeza e ira.

A.9) TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD POR DEPENDENCIA

DIAGNÓSTICO

Una necesidad general y excesiva de que se ocupen de uno, que ocasiona un comportamiento de sumisión y adhesión y temores de separación, que empieza al inicio de la edad adulta y se da en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:
(1) Tiene dificultades para tomar las decisiones cotidianas si no cuenta con un excesivo aconsejamiento y reafirmación por parte de los demás.

(2) Necesidad de 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 o desaprobación.

(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 si 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

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El trastorno de la personalidad por dependencia se debe diferenciar de la dependencia que surge como consecuencia de trastornos del Eje I (por ejemplo, los trastornos del estado de ánimo, el trastorno de angustia y la agorafobia) y como resultado de enfermedades médicas. El trastorno de la personalidad por dependencia tiene un inicio temprano, un curso crónico y un patrón de comportamiento que no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno del Eje I o el Eje III.

Tanto el trastorno de la personalidad por dependencia como el trastorno límite de la personalidad se caracterizan por el temor al abandono; sin embargo, el individuo con trastorno límite de la personalidad reacciona al abandono con sentimientos de vacío emocional, rabia y demandas, mientras que el individuo con trastorno de la personalidad por dependencia reacciona con un aumento de la mansedumbre y la sumisión y busca urgentemente una relación de reemplazo que proporcione cuidados y apoyo.

Los sujetos con trastorno histriónico de la personalidad, al igual que los que tienen trastorno de la personalidad por dependencia, experimentan una gran necesidad de reafirmación y aprobación, y pueden parecer infantiles y pegajosos. Sin embargo, a diferencia del trastorno de la personalidad por dependencia, que se caracteriza por la anulación de uno mismo y un

comportamiento dócil, el trastorno histriónico de la personalidad se caracteriza por la extravagancia gregaria con demandas activas de atención.

Tanto el trastorno de la personalidad por dependencia como el trastorno de la personalidad por evitación están caracterizados por sentimientos de inferioridad, hipersensibilidad a las críticas y necesidad de reafirmación; sin embargo, los sujetos con trastornos de la personalidad por evitación tienen un temor tan fuerte a la humillación y al rechazo, que se aíslan hasta que están seguros de ser aceptados. Por el contrario, los sujetos con trastorno de la personalidad por dependencia tienen más bien un patrón de búsqueda y mantenimiento de los contactos con las personas importantes para ellos, que de evitación y alejamiento de las relaciones.

Por último, el trastorno de la personalidad por dependencia tiene que diferenciarse de un cambio de la personalidad debido a una enfermedad médica, en la que los rasgos aparecen como un efecto directo de una enfermedad del sistema nervioso central.

EPIDEMIOLOGÍA

Según el DSM-IV-TR, el trastorno de la personalidad por dependencia es uno de los trastornos de personalidad que se encuentra más frecuentemente en las clínicas de salud mental. En dicha población clínica, se han hallado tasas que han ido desde un 2 % (Dahl, 1986) hasta un 48% (Widiger, 1987), con una media del 19%. Esta amplia dispersión se debe, en parte, a que mucho de los estudios publicados utilizan criterios diagnósticos diferentes, y son anteriores a la publicación del DSM-III-R. Utilizando estos últimos, las tasas de prevalencia entre población clínica parecen estar en torno al 22%, y cercanas al 2% en la población general. Tampoco hay acuerdo en cuanto a la distribución por géneros, ya que mientras algunos datos apuntan a una distribución igualitaria para ambos sexos, otros indican una prevalencia doble o triple en mujeres que en hombres.

SEMIOLOGÍA

Los rasgos característicos son ansiedad, vulnerabilidad, puerilidad, falta de recursos y dependencia. Son infantiles y pegajosos, tienden a ser pasivos, sumisos, dóciles e intentan pasar desapercibidamente. Buscan la sobreprotección y ser dominados por los demás. Se desaprueban a sí mismos, tienen sentimientos de inferioridad y gustosamente pasan su propia responsabilidad y su propio control a los demás, tienden a minimizar sus capacidades y sus valores y pueden referirse a sí mismos como "estúpidos". Toman las críticas y la desaprobación como prueba de su inutilidad y pierden la fe en sí mismos. La ausencia de confianza en estos sujetos se ve reflejada en la postura, la voz y en su porte en general.

Las relaciones sociales tienden a limitarse a las pocas personas de quién el sujeto es dependiente. La actividad laboral puede estar deteriorada si se requiere una iniciativa independiente. Experimentan ansiedad al enfrentarse a las decisiones a tomar.

A.10) TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO DE LA PERSONALIDAD

DIAGNÓSTICO

El trastorno de la personalidad de tipo obsesivo-compulsivo se contacta con el medio a partir de su cualidad de ser vigilante. Así, posee una visión de sí mismo como una persona *justa, noble, vulnerable*; una visión de los demás como *maliciosos, abusadores*; y una estrategia general de relación con el medio de *precaver y contraatacar.*

Según la APA (2002), el diagnóstico del Trastorno de la personalidad de tipo Obsesivo-compulsivo posee los siguientes criterios:

A. Un patrón general de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control mental interpersonal, a expensas de la flexibilidad, la espontaneidad y la eficiencia, que empieza al principio de la edad adulta y se da 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 (p. ej., 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 trabajo 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.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Según la APA (2002), el trastorno de la personalidad obsesivo-compulsivo se distingue del *TOC* porque en éste se presentan verdaderas obsesiones y compulsiones, por ejemplo, la notoria tendencia a acumular objetos, pudiendo llegar a dificultar la deambulación por la casa, o significar riesgos vitales. Los sujetos con *trastorno narcisista de la personalidad* también presentan una inclinación al perfeccionismo y creen que los demás no pueden hacer las cosas tan bien como ellos, pero son más propensos a creer que han alcanzado la perfección, mientras que el sujeto con trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad suele ser autocrítico. Los sujetos con *trastorno narcisista o antisocial* de la personalidad carecen de generosidad, pero se miman a sí mismos, mientras que los que tienen un trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad adoptan un estilo avaro en los gastos tanto para ellos mismos como para los demás. Tanto el trastorno *esquizoide* de la personalidad como el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad pueden caracterizarse por una aparente formalidad y distanciamiento social, pero en el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad esto se sustenta en el malestar emocional y la excesiva dedicación al trabajo, mientras que en el trastorno esquizoide de la personalidad existe fundamentalmente una falta de capacidad para la intimidad.

EPIDEMIOLOGÍA

Prevalencia: Los estudios que han utilizado evaluaciones sistemáticas sugieren una prevalencia estimada del trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad aproximadamente del 1 % en las muestras de población general y del 3-10 % en los individuos que acuden a clínicas de salud mental.

SEMIOLOGÍA

a) Conductualmente, los compulsivos se presentan en un rango que va de disciplinados a perfeccionistas. Su estilo de vida es muy estructurado y repetitivo, y dirigido por una adherencia rígida a normas y reglas.

b) Interpersonalmente, los compulsivos se comportando una forma que va de respetuosa a congraciadota. Son educados pero formales y habitualmente leales.

c) El estilo cognitivo de los compulsivos va de deprimido a dogmáticamente bloqueado. Son típicamente carentes de imaginación y de ideas nuevas. Los problemas que no tienen una solución clara son muy frustrantes para estos individuos.

d) Afectivamente, estos sujetos varían entre solemnes y serios. Son tensos, no relajados y mantienen sus emociones bajo un estricto control.

e) Su percepción de sí mismos va de ser escrupulosos a íntegros. Se ven a sí mismos como leales, fiables y eficientes.

f) Los compulsivos suelen emplear el mecanismo de defensa de la formación reactiva

ANEXO 13. VALORACIÓN DE LA IMPUTABILIDAD DE UN TRASTORNO MENTAL (VIDEO)

PREGUNTAS:

1) Padece el acusado una psicosis?

2) Padece el acusado otro trastorno mental, Cual?

3) Comprende la ilicitud de los hechos

4) Pudo adaptar su conducta a esa comprensión?

5) Cual es su grado de imputabilidad?

ANEXO 14. GLOSARIO DE TERMINOS PSICOLOGICOS

Abstinencia, síndrome de. Conjunto de signos y síntomas que se producen tras existir una dependencia de carácter físico o/y psíquico hacia una droga y cesar bruscamente su empleo.

Abulia. Apatía y falta de fuerza de voluntad que incluye incapacidad para tomar iniciativas propias.

Aburrimiento. Estado emocional de insatisfacción dentro de una existencia que, durante ese período, se percibe como insulsa y sin sentido.

Ácido Desoxirribonucleico (ADN). El ácido desoxirribonucleico (ADN) es una molécula orgánica cuya estructura tiene la forma de una "doble hélice" o helicoide. Las moléculas de ADN son las unidades elementales a partir de las cuales se conforman los genes.

Acrofobia. Fobia a los lugares altos.

Actitud. Predisposición de la persona a responder de una manera determinada frente a un estímulo tras evaluarlo positiva o negativamente.

Adaptación. Estado en el que el sujeto establece una relación de equilibrio y carente de conflictos con su ambiente social.

Adaptación, síndrome general de. Conjunto de síntomas físicos y psíquicos de carácter negativo que aparecen cuando el sujeto debe enfrentarse a una novedad.

Adrenalina. Hormona segregada por las glándulas suprarrenales, cuya función es aumentar la presión arterial y la frecuencia del ritmo cardíaco.

Afasia. Alteración de la comprensión o transmisión de ideas mediante el lenguaje en cualquiera de sus formas (lectura, escritura o habla), debida a traumatismos o enfermedades de los centros cerebrales implicados en el lenguaje.

Afectividad. Conjunto de emociones y sentimientos que un individuo puede experimentar a través de las distintas situaciones que vive.

Afectivo, bloqueo. Incapacidad para expresar afectos o emociones, caracterizada a veces por un estado de estupor.

Afecto. Patrón de comportamientos observables que es la expresión de sentimientos (emoción) experimentados subjetivamente. Tristeza, alegría y cólera son ejemplos usuales de afecto. Es muy variable su expresión entre culturas diferentes así como en cada una de ellas. Los trastornos del afecto incluyen las siguientes modalidades:

Aplanado. Ausencia o casi ausencia de cualquier signo de expresión afectiva.

Embotado. Reducción significativa de la intensidad de la expresión emocional.

Inapropiado. Discordancia entre la expresión afectiva y el contenido del habla o ideación.

Lábil. Variabilidad anormal en el afecto, con cambios repetidos, rápidos y bruscos de la expresión afectiva.

Restringido o constreñido. Reducción ligera de la gama y la intensidad de la expresión emocional.

Afiliación. Mecanismo de defensa en que el individuo acude a los demás en busca de ayuda o apoyo, lo que significa compartir los problemas sin tratar de atribuirlos a los demás.

Afonía. Incapacidad para producir los sonidos del habla que requieren el uso de la laringe y que no se debe a una lesión del sistema nervioso central.

Agitación. Estado de inquietud o de actividad continua no enfocada hacia objetivo alguno.

Agitación psicomotora. Excesiva actividad motora asociada a una sensación de tensión interna. Habitualmente, la actividad no es productiva, tiene carácter repetitivo y consta de comportamientos como caminar velozmente, moverse nerviosamente, retorcer las manos, manosear los vestidos e incapacidad para permanecer sentado.

Agorafobia. Fobia a los lugares abiertos o muy concurridos.

Agresividad. Estado emocional que consiste en sentimientos de odio y deseos de dañar a otra persona, animal u objeto. La agresión es cualquier forma de conducta que pretende herir física y/o psicológicamente a alguien.

Agresión pasiva. Mecanismo de defensa en que el individuo muestra agresividad hacia los demás de forma indirecta y no asertiva. Existe una máscara externa de abierta sumisión a los demás, detrás de la que en realidad se esconde resistencia, resentimiento y hostilidad encubiertos.

Aislamiento afectivo. Es la separación por parte del individuo de las ideas y los sentimientos originalmente asociados a ellas. Se aparta del componente afectivo asociado a una idea determinada (p. ej., acontecimiento traumático), pero se mantiene apegado a sus elementos cognoscitivos (p. ej., detalles descriptivos).

Alcoholismo. Conjunto de trastornos físicos y psíquicos ocasionados por el consumo excesivo y continuado de bebidas alcohólicas.

Alfa, ondas. Ondas del cerebro registradas en un electroencefalograma, son altas y lentas, y aparecen cuando el sujeto está en reposo, con los ojos cerrados pero sin estar dormido.

Alogia. Empobrecimiento del pensamiento que se infiere de la observación del lenguaje y el comportamiento verbal. Pueden observarse réplicas breves y completas a las preguntas formuladas, así como restricción de la cantidad del habla espontánea (pobreza del habla). A veces el habla es adecuada cuantitativamente, pero incluye poca información por ser excesivamente concreta, demasiado abstracta, repetitiva o estereotipada (pobreza del contenido).

Altruismo. Actitud específicamente humana en la que el interés primordial se centra en lograr el bien ajeno antes que el propio satisfaciendo las necesidades de los demás. A diferencia del autosacrificio, a veces característico de la

formación reactiva, el individuo obtiene una gratificación (p. ej., las repuestas de agradecimiento de los demás con esta actitud).

Alucinación. Percepción sensorial que tiene el convincente sentido de la realidad de una percepción real, pero que ocurre sin estimulación extema del órgano sensorial implicado. Las alucinaciones deben distinguirse de las ilusiones, en las que un estímulo extemo real es percibido o interpretado erróneamente. El sujeto puede tener conciencia o no tenerla de que está experimentando una alucinación. Una persona con alucinaciones auditivas puede reconocer que está teniendo una experiencia sensorial falsa, mientras otra puede estar convencida de que la causa de la experiencia sensorial cuenta con una realidad física independiente. He aquí algunos tipos de alucinaciones:

Auditiva. Alucinación que implica la percepción de sonidos, más frecuentemente de voces. Algunos clínicos e investigadores no incluyen las experiencias que se perciben como originadas dentro de la cabeza y limitan el concepto de alucinaciones auditivas verdaderas a los sonidos cuyo origen sea percibido como externo.

Gustativa. Alucinación que implica la percepción de sabores (habitualmente desagradables).

Olfativa. Alucinación que implica la percepción de olores, por ejemplo, de goma quemada o pescado podrido.

Somática. Alucinación que implica la percepción de una experiencia física localizada en el cuerpo (tal como una sensación de electricidad). Debe distinguirse una alucinación somática de ciertas sensaciones físicas nacidas de una enfermedad médica todavía no diagnosticada, de una preocupación hipocondriaca con sensaciones físicas normales y de una alucinación táctil.

Táctiles. Alucinación que implica la percepción de ser tocado o de tener algo bajo la propia piel. Las alucinaciones táctiles más frecuentes son sensaciones de descargas eléctricas y de hormigueo (la sensación de que algo se mueve o repta bajo la piel).

Visual. Alucinación que implica ver imágenes estructuradas, por ejemplo, unas personas, imágenes informales, por ejemplo, destellos de luz. Las alucinaciones visuales deben distinguirse de las ilusiones, que son percepciones erróneas de estímulos externos reales.

Alucinógenos. Son sustancias capaces de provocar trastornos sensoriales, afectando a las emociones y el pensamiento. Pueden producir ilusiones y alucinaciones (ver o sentir algo que no existe en la realidad).

Ambiental, Psicología. Parte de la Psicología aplicada que estudia los efectos producidos por el hombre sobre el ambiente y viceversa.

Ambiente. Espacio vital en el que se desarrolla el sujeto. Conjunto de estímulos que condicionan al individuo desde el momento mismo de su concepción.

Ambivalencia. Conflicto motivacional, que se produce cuando el sujeto es simultáneamente atraído y repelido por la misma meta o deseo.

Amnesia. Pérdida parcial o total de la memoria. Puede deberse a causas emocionales u orgánicas, o a la combinación de ambas. Hay dos tipos de amnesia:

Anterógrada. Pérdida de memoria relativa a hechos que ocurrieron tras la acción del agente etiológico.

Retrógrada. Pérdida de memoria acerca de hechos que ocurrieron antes de la acción del agente etiológico.

Amor. Sentimiento afectivo intenso que se experimenta hacia otra persona, que puedes ser o no del sexo contrario.

Anal, fase. Según Freud, período comprendido entre el segundo y tercer año de edad en el que el niño centra su interés en el control de los esfínteres.

Análisis factorial. El análisis factorial es un instrumento estadístico destinado a identificar grupos de ítems correlacionados entre si en las pruebas psicológicas estandarizadas. Cada uno de estos grupos o conglomerados de ítems conexos se denomina un factor.

Andropausia. Cese o disminución, a veces sólo temporal, de la actividad sexual en el hombre.

Anfetamina. Derivado químico y potente estimulante del sistema nervioso central. Disminuye el apetito y provoca un estado de bienestar subjetivo con retraso de la aparición de la fatiga. En dosis excesivas aparece inquietud, insomnio, irritabilidad y verborrea. Tienen un gran poder de adicción y crean una alta dependencia.

Angustia. Un estado de gran activación emocional que contiene un sentimiento de miedo o aprehensión. Clínicamente se define como una reacción de miedo ante un peligro inconcreto y desconocido. Se emplea también como sinónimo de ansiedad o para referirse a la expresión más extrema de ésta.

Anorexia nerviosa. Síndrome psiquiátrico que se centra sobre la negativa del enfermo a comer, conllevando una alarmante pérdida de peso. Suele aparecer en mujeres jóvenes, solteras en edades entre la pubertad y la adolescencia.

Ansiedad. Miedo anticipado a padecer un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de temor o de síntomas somáticos de tensión.

Ansiógeno. Factor que genera ansiedad.

Ansiolítico. Fármaco que hace disminuir y desaparecer la ansiedad.

Anticipación. El individuo se enfrenta a conflictos emocionales y amenazas de origen interno o externo experimentando reacciones emocionales antes de que ambos se produzcan o bien anticipando sus consecuencias, posibles acontecimientos futuros, y considerando de forma realista respuestas o soluciones alternativas.

Antidepresivo. Fármaco que eleva el tono del ánimo; se usa para combatir la depresión.

Antropomorfismo. Es la tendencia a atribuir características humanas a las plantas, animales u objetos.

Apatía. Impasibilidad del ánimo. Estado en el que el sujeto permanece indiferente, y presenta una incapacidad para reaccionar ante situaciones que deberían suscitar emociones o intereses.

Apatía del espectador. Es un fenómeno del comportamiento social por el cual el observador de una situación en que una persona se ve en dificultades, muestra poco o ningún interés por ayudarla.

Aplicada, Psicología. Rama de la Psicología que se centra en el estudio de los conflictos y problemas de tipo práctico, ocupándose de diversos ámbitos de la actividad, en conexión con otras ciencias como la pedagogía o la lingüística (psicolingüística).

Aprendizaje. Es un cambio permanente de la conducta de la persona como resultado de la experiencia. Se refiere al cambio en la conducta o al potencial de la conducta de un sujeto en una situación dada, como producto de sus repetidas experiencias en dicha situación. Este cambio conductual no puede explicarse en base a las tendencias de respuesta innatas del individuo, su maduración, o estados temporales (como la fatiga, la intoxicación alcohólica, los impulsos, etc.).

Aprendizaje cognitivo. Proceso activo por el que el sujeto modifica su conducta, dándole un carácter personal a lo aprendido.

Aprendizaje de evitación. Conducta por la que se intenta, mediante una acción preventiva, que cese un estímulo desagradable o doloroso, anunciado por una señal.

Aprendizaje de huida. Conducta por la que un sujeto intenta, a través de una acción, que cese un estímulo desagradable o doloroso.

Aprendizaje incidental. El aprendizaje incidental es el que se produce en forma no deliberada y sin esfuerzo.

Aprendizaje latente. Modificación de la conducta que se produce sin que exista motivo aparente. No se manifiesta en el acto, sino que se deduce por conductas posteriores.

Aprendizaje por observación. Aquel aprendizaje en el cual un organismo copia o imita la conducta de otro. También se denomina *modelamiento*.

Aprendizaje verbal. Es el aprendizaje que se produce cuando el contenido adquirido por el sujeto consiste en palabras, sílabas sin sentido o conceptos.

Aptitud. La capacidad de aprovechar toda enseñanza, capacitación o experiencia en un determinado ámbito de desempeño.

Arquetipo. Según la Carl Jung, imagen o impresión innata que todas las personas tienen en común. Reside en la mentalidad colectiva inconsciente y equivale al concepto de instinto en los animales.

Asociación. Proceso mental por el que una idea se asocia espontáneamente a otra.

Asociación libre. Técnica empleada en psicoanálisis para explorar la vida psíquica inconsciente del paciente. Se le dice que hable de todo lo que le venga a la mente durante la sesión, sin tomar en cuenta su coherencia lógica ni su contenido moral, sexual o agresivo.

Aspiración, nivel de. Meta que el sujeto se establece a sí mismo al realizar una tarea determinada.

Astenia. Ausencia de energía; debilidad orgánica.

Asténico, tipo. Según E. Kretschmer, tipo constitucional caracterizado por la delgadez, la altura elevada y la delicadeza. Uno de los biotipos fundamentales.

Ataxia. Pérdida parcial o completa de la coordinación del movimiento muscular voluntario.

Atención. Capacidad para centrarse de manera persistente en un estímulo o actividad concretos. Un trastorno de la atención puede manifestarse por distraibilidad fácil o por dificultad para realizar tareas o concentrarse en el trabajo.

Atlético, tipo. Según E. Kretschmer, tipo constitucional robusto.

Atribución. En Psicología social, tendencia a inferir las motivaciones, rasgos, intenciones y capacidades de otras personas basándonos en la observación de su conducta. Una tendencia más o menos automática de buscar explicaciones para las acciones ajenas.

Autismo. Trastorno mental que afecta especialmente a los niños. El sujeto se aisla del entorno, encerrándose en sí mismo y concediéndole una atención cada vez menor a la realidad que lo rodea.

Autoafirmación. Característica de la conducta que se singulariza por un comportamiento social positivo, que apunta a defender un derecho a alcanzar una meta.

Automatismo. Disociación entre la conducta y la conciencia. Conjunto de movimientos que se realizan con carácter inconsciente, fruto del hábito o la asociación refleja.

Autorrealización. Tendencia innata a desarrollar al máximo los propios talentos y potenciales, que contribuyen a obtener un sentimiento de satisfacción hacia uno mismo por parte del individuo.

Autosugestión. Proceso generalmente inconsciente, por el que el sujeto se convence a sí mismo de algo.

Autoobservación. Mecanismo en que el individuo reflexiona sobre sus propios pensamientos, sentimientos, motivaciones y comportamientos, y actúa de acuerdo con ellos.

Balbuceo. Perturbación del lenguaje caracterizada por habla vacilante y confusa.

Barbitúrico. Nombre genérico de los fármacos derivados del ácido barbitúrico, de fuerte acción hipnótica.

Batería de test. Conjunto de tests que sirven para medir determinados aspectos de la psicología de un sujeto.

Bella indiferencia. Nombre traducido del francés "Belle indifférence" para designar la indiferencia o ausencia de reacciones emotivas en pacientes con síntomas de conversión histérica.

Beneficio primario, secundario. Ventaja o provecho que el sujeto puede sacar de un estado patológico. El primero consiste en la disminución de una tensión interna o en la recuperación de la ternura o la atención del otro. El secundario es más completo; una vez alertado el síntoma, el enfermo no ve el interés que supondría curarse: la curación le plantearía problemas más angustiosos que su enfermedad.

Biotipo. Tipo biológico caracterizado por la constancia de ciertos caracteres físicos y psíquicos.

Bulimia. Sensación anormalmente intensa y a veces irrefrenable de ansia de ingerir alimentos.

Cafeína. Tónico estimulante del sistema nervioso central y del corazón. Intensifica la actividad cerebral, pero su abuso produce arritmia cardíaca, insomnio y cefaleas.

Capacidades. Son aptitudes mentales hipotéticas que permitirían a la mente humana actuar y percibir de un modo que trasciende las leyes naturales.

Carácter. Conjunto de características que distinguen a una persona de otra.

Carácter, neurosis de. Exageración de determinados rasgos de la ersonalidad, que provocan trastornos de la conducta.

Carácter práctico. La persona de carácter o temperamento práctico es la que se orienta permanentemente por los hechos reales, adopta actitudes útiles frente a ellos y no se deja llevar por el sentimentalismo.

Catalepsia. Trastorno neurológico caracterizado por la pérdida completa de la facultad de modificar voluntariamente el tono muscular, permaneciendo el enfermo en la misma postura en que se le haya colocado durante un período prolongado de tiempo.

Cataplejía. Episodios de pérdida bilateral súbita del tono muscular que provoca el colapso del individuo, a menudo en asociación con emociones intensas como risa, cólera, miedo o sorpresa.

Catarsis. Liberación, a través de la palabra, de las ideas relegadas al inconsciente por un mecanismo de defensa.

Catatonía. Síndrome psicomotor caracterizado por la pérdida de la iniciativa motriz, tensión muscular cataléptica, presencia de fenómenos paracinéticos (amaneramiento, estereotipia, impulsiones) y un estado mental negativista y de estupor.

Catecolamina. Hormona que activa el sistema nervioso central.

Censura. Según Freud, parte de la psique que bloquea o enmascara las pulsiones prohibidas por el *superyó.*

Cerebro. Estructura compleja perteneciente al sistema nervioso, situada dentro del cráneo, sede de los procesos de pensamiento superiores, como la memoria y la razón.

Cerebro, lavado de. Desorganización provocada por el intelecto y las emociones que conduce a la revelación de secretos y falsas confesiones por parte del sujeto, así como a un cambio de sus ideales políticos y morales.

Ciclo de respuesta sexual. El ciclo de respuesta sexual es un esquema de activación, físiológica que se compone de cuatro etapas: 1) excitación; 2) meseta; 3) orgasmo, y 41 resolución.

Ciclotimia. Alternancia periódica de fases de depresión con fases de manía.

Cierre. El cierre (o cerramiento) es un principio organizador innato de la percepción, según el cual las brechas que separan entre sí las sensaciones se "cierran" automáticamente a fin de conformar totalidades o configuraciones completas.

Claustrofobia. Fobia a los lugares cerrados.

Cleptomanía. Trastorno en el control de los impulsos, caracterizado por la tendencia patológica a robar objetos que, posteriormente, no se usan para ningún fin práctico.

Climaterio. Fase del proceso de envejecimiento sexual en la que la mujer pierde su capacidad reproductora.

Clínica, Psicología. Estudio de las conductas anormales o patológicas.

Cocaína. Estimulante que proviene de la planta de la coca, arbusto perenne de América del Sur. De ahí sale la *pasta de coca* o clorhidrato de cocaína, un polvo blanco que actúa como estimulante del SNC. Provoca una gran euforia y excitación, con sensación de bienestar. No se siente cansancio físico ni psíquico, por lo que la persona que la ha consumido sobrevalora sus capacidades.

Cociente de inteligencia (C. I.). Es un número índice resultado de la división entre la edad medida por diferentes tests y la edad cronológica. Es una cifra indicadora del nivel de inteligencia que posee un individuo en relación con otros sujetos de su misma edad. El CI tiende a permanecer relativamente estable a lo largo del tiempo.

Cognición. Procesamiento consciente de pensamiento e imágenes.

Compensación. Mecanismo psicológico inconsciente mediante el cual el sujeto intenta contrarrestar su inferioridad real o imaginaria.

Complejo de Edipo. Según Freud, el conjunto de relaciones que se establecen entre el niño y sus padres entre los dos y cinco años, durante la *fase fálica.* El niño se identifica a sí mismo como un ser sexual, y dirige sus deseos amorosos

hacia el progenitor de sexo contrario, estableciendo con el otro una conflictiva relación de celos, miedo y sentimientos de culpa. (Del mito griego de Edipo.)

Complejo de Electra. Según Freud, el equivalente en la niña al *complejo de Edipo* (del mito griego de Electra).

Complejo de inferioridad. Complejo por el que un sujeto se siente constantemente inferior a los demás, aunque no exista causa alguna que justifique este sentimiento continuo.

Compulsión. Repetición innecesaria de actos, derivada de un sentimiento de necesidad no sometible al control de la voluntad. Se diferencia de las ideas delirantes en que el sujeto que la padece es consciente de lo absurdo de su conducta.

Conciencia. Estructura de la personalidad en que los fenómenos psíquicos son plenamente percibidos y comprendidos por la persona.

Condensación. Fusión de dos o más personas o conceptos en una sola imagen.

Condicionamiento clásico. El condicionamiento clásico se produce cuando un estímulo antes neutro se vuelve capaz de provocar una respuesta aprendida.

Condicionamiento operante. El condicionamiento operante es un tipo de aprendizaje en el cual la conducta de un organismo tiene consecuencia en su medio inmediato. El organismo "opera", por así decir, sobre el mundo que lo rodea.

Conducta. Reacción global del sujeto frente a las diferentes situaciones ambientales.

Conducta agresiva. Se produce cuando un organismo ataca con hostilidad, física o verbalmente, a otro organismo u objeto.

Conducta anormal. Es la que se aparta en grado significativo de una norma cultural o criterio o patrón grupal. Si la palabra "anormal" se utiliza en un sentido negativo o peyorativo, alude a un comportamiento inadaptado, una conducta autodestructiva, que habitualmente es motivo de aflicción para el individuo o para los demás.

Conducta de Tipo A. Es una pauta de conducta en la que predominan la acometividad, la impaciencia, el egoísmo y la incapacidad para relajarse.

Conducta hiperkinética. Se caracteriza por inquietud y desasosiego. falta de atención y movimiento muscular excesivo.

Conducta instintiva. Es una conducta innata, considerada algo mas que un reflejo, ya que abarca un repertorio complejo y depende más de la maduración que del aprendizaje.

Conducta neurótica. Comportamiento inadaptado carente de flexibilidad, que aparece asociado con uno o más de los siguientes atributos: angustia excesiva, conflictos emocionales, temores irracionales, afecciones somáticas que carecen de base orgánica y tendencia a evitar ciertas situaciones provocadas de tensión, en vez de hacerles frente de manera eficaz.

Conducta social. Cualquier conducta en que exista interacción entre dos o más seres humanos.

Conflicto. Presencia contemporánea, en la misma persona, de dos motivaciones de carácter opuesto pero de igual intensidad.

Confusión mental. Disminución de la actividad de la conciencia, desde una leve obnubilación hasta el estado de estupor.

Constancia del objeto. Es la tendencia de un objeto percibido a conservar su tamaño, forma, color, brillo u otros atributos con relativa independencia de las variaciones producidas en la imagen retiniana.

Constitución. Conformación general del cuerpo. Según determinadas corrientes está relacionada con la personalidad.

Contenido latente. Según el psicoanálisis, el contenido latente de un suena es su verdadero significado, oculto por el contenido manifiesto o superficial.

Contigüidad. Existe contigüidad entre dos objetos o sucesos cuando se tocan entre si o están muy próximos en el tiempo y el espacio. Hay una tendencia en las personas a asociar entre sí tales objetos o sucesos.

Contracondicionamiento. Proceso que combina el *condicionamiento* con la *extinción*. Requiere: 1) la presentación de un estímulo condicionado, capaz de provocar una respuesta indeseable, y 2) la presentación simultánea de un estímulo capaz de provocar una respuesta antagónica a la indeseable.

Contratransferencia. Proyección inconsciente de sentimientos del médico hacia el paciente.

Conversión. Transformación de un conflicto inconsciente en manifestaciones somáticas, sensoriales o motoras. Fenómeno típico de la histeria o neurosis de conversión.

Convulsión. Contracción o espasmo muscular involuntario generalizado.

Correlación. Hay correlación entre dos variables cuando éstas cambian de tal modo que los valores que toma una de ellas son, hasta cierto punto, predecibles a partir de los que toma la otra.

Cortisona. Hormona segregada por la corteza de las glándulas suprarrenales.

Creatividad. Proceso intelectual caracterizado por la originalidad, el espíritu de adaptación y la posibilidad de hacer realizaciones concretas.

Cretinismo. Grave debilidad mental, asociada a un retraso en el desarrollo óseo y debida a un funcionamiento defectuoso de la glándula tiroidea.

Crisis de angustia. Consiste en la aparición repentina de la ansiedad en su máxima intensidad. La típica crisis se presenta generalmente de modo repentino, sin síntomas previos de aviso. Estas crisis se viven por el paciente como una señal de muerte inminente, la intensidad de sufrimiento es equivalente a la de alguien que nota que lo van a matar. Se acompaña de síntomas corporales de pánico: taquicardia, palpitaciones, respiración acelerada, sensación de ahogo o falta de aliento, náuseas o molestias abdominales, mareo, desmayo o aturdimiento, palidez, manos y pies fríos, sensación de opresión precordial que en ocasiones llega a ser dolor precordial, sudoración, parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo), miedo a perder el control o "volverse loco" y miedo a morir.

Cromosoma. Estructura situada en el interior del núcleo celular. Transmite el código genético, del que dependen los caracteres hereditarios.

Cuestionario. Conjunto de preguntas a las que el sujeto puede responder oralmente o por escrito, cuyo fin es poner en evidencia determinados aspectos psíquicos.

Culpa, sentimiento de. Experiencia dolorosa que deriva de la sensación más o menos consciente de haber transgredido las normas éticas personales o sociales.

Curva normal. La curva normal representa una distribución teórica de probabilidades, o sea que describe la relación entre una variable aleatoria y la frecuencia con que se presentan sus valores. Tiene forma de campana, y se la conoce también como *curva de Gauss*.

Delusion. Idea falsa fija, que presenta resistencia a ser modificada aunque datos objetivos la contraríen.

Dependencia del campo. Característica del estilo cognitivo que tiende a basarse fundamentalmente en indicadores externos para formular juicios perceptuales.

Desplazamiento de la agresión. Se produce desplazamiento de la agresión cuando una conducta agresiva, ya sea verbal o física, se traslada de la fuente original de frustración a un objeto sustitutivo.

Desarrollo cognitivo. Crecimiento que tiene el intelecto en el curso del tiempo, la maduración de los procesos superiores de pensamiento desde la infancia hasta la adultez.

Desarrollo psicosexual. Combinación de la maduración biológica y aprendizaje que genera cambios tanto en la conducta sexual como en la personalidad, desde la infancia hasta la edad adulta y a lo largo de esta última.

Desarrollo psicosocial. Crecimiento de la personalidad de un sujeto en relación con los demás y en su condición de miembro de una sociedad, desde la infancia y a lo largo de su vida.

Descarrilamiento (pérdida de asociaciones). Patrón de lenguaje en el que las ideas de una persona se separan entre sí de modo que no guardan relación mutua alguna o sólo están relacionadas tangencialmente. Al pasar de una frase o oración a otra, el sujeto cambia idiosincrásicamente el tema desde un marco de referencia a otro, pudiendo decir las cosas según una yuxtaposición que carece de relaciones significativas. El trastorno tiene lugar entre oraciones, a diferencia de la incoherencia, donde el trastorno se produce dentro de las oraciones. Un cambio ocasional de tema inadvertido o sin conexión obvia no constituye descarrilamiento.

Desorientación. Confusión acerca de la hora del día, la fecha o la estación (temporal), acerca de donde se encuentra uno (lugar) o de quién es (persona).

Despersonalización. Alteración de la percepción o experiencia de uno mismo, de modo que uno se siente separado del propio cuerpo o de los propios procesos mentales, como si se tratara de un observador exterior (p. ej., sintiéndose como si uno estuviera soñando).

Desplazamiento. El individuo se enfrenta a conflictos emocionales y amenazas de origen interno o externo reconociendo o generalizando un sentimiento o una respuesta a un objeto hacia otro habitualmente menos importante.

Desrealización. Alteración de la percepción o experiencia del mundo externo de manera que éste parece extraño e irreal (p. ej., las personas pueden parecer desconocidas o mecánicas).

Desviación estándar. La desviación estándar es una medida de la dispersión de un conjunto de puntajes alrededor de la media. Para obtener la desviación estándar se empieza por restar la media de cada uno de los puntajes, con lo cual se llega a una nueva serie de valores denominados puntajes de desviación. Luego se elevan al cuadrado estos puntajes de desviación, se suman los

cuadrados y se divide la suma por el número de valores que integran la serie, con el fin de obtener la desviación cuadrática media o variando. La desviación estándar es la raíz cuadrada de la desviación cuadrática media o variancia.

Desviación sexual. Anomalía en la elección del estímulo adecuado para la excitación sexual.

Deterioro mental. Pérdida de algunas de las capacidades intelectuales de la persona.

Devaluación. El individuo se enfrenta a conflictos emocionales y amenazas de origen interno o externo atribuyendo cualidades exageradamente negativas a sí mismo o a los demás.

Dimensión corporal. William H. Sheldon, médico y psicólogo, propuso tres dimensiones corporales; la *endomorfia*, la *mesomorfia* y la *ectomorfía*. La *endomorfia* predispone a! sujeto a tener un cuerpo blando y fláccido; la *mesomorfia* lo predispone a tener un cuerpo compacto y de fuerte musculatura; la *ectomorfía* lo predispone a tener un cuerpo delgado y frágil.

Dinámica, Psicología. Corriente de la Psicología que sostiene que cualquier fenómeno psíquico es puesto en movimiento por fuerzas surgidas desde el interior del individuo.

Disartria. Articulación imperfecta del habla debido a alteraciones del control muscular.

Discinesia. Distorsión de movimientos voluntarios con actividad muscular involuntaria.

Discromatopsia. Nombre genérico que agrupa a todas las enfermedades caracterizadas por un trastorno de la visión de los colores.

Disforia por la identidad sexual. Disgusto persistente por algunas, o todas, de las características físicas o papeles sociales que connotan el propio sexo biológico.

Dismenorrea. Dolor en la menstruación.

Disociación. Alteración de las funciones normalmente integradas de conciencia, memoria, identidad, o percepción del ambiente, ciertos comportamientos o pensamientos pierden la relación normal con el resto de la personalidad y actúan de una manera autónoma. El trastorno puede ser repentino o gradual, transitorio o crónico.

Disomnia. Trastornos primarios del sueño o del despenar caracterizados por insomnio o hipersomnia como principal síntoma actual. Las disomnias son trastornos de la cantidad, la calidad o la temporalidad del sueño.

Disonancia cognitiva. Cuando existen dos ideas conscientes en el individuo, pero son antagónicas entre sí.

Disposición mental. La disposición (o actitud mental) es un estado de preparación para pensar o percibir de una manera determinada. Es una tendencia que gobierna decisivamente la cognición.

Dispareunia. Coito doloroso.

Dispersión. *Véase* Descarrilamiento.

Distonía. Alteración del tono muscular.

Distonía vegetativa. Deficiente coordinación de las funciones de las dos grandes vertientes del sistema nervioso vegetativo: simpático y parasimpático. Provoca alteraciones en el funcionamiento orgánico como palpitaciones, sudores, etc.

Distraibilidad. Incapacidad para mantener la atención, esto es, el pase de un área o tema a otro, con una provocación mínima, o fijación excesiva de la atención en estímulos externos poco importantes o irrelevantes.

Doble ligadura. Es un proceso de comunicación tiene lugar una doble ligadura cuando una de las personas formula a la otra dos declaraciones o le imparte dos instrucciones que son contradictorias desde el punto de vista lógico.

Droga. Sustancia sintética o natural que modifica temporalmente el estado de conciencia.

Dualismo. Concepción según la cual, la mente y la materia son dos entidades distintas.

Eclecticismo. Es el punto de vista de que conviene apreciar el valor de los conceptos derivados de dos o más sistemas de pensamiento o escuelas psicológicas. Un ecléctico no se apresurará a rechazar en forma arbitraria cualquier hallazgo o principio por el mero hecho de que no se amolde bien a las premisas establecidas desde mucho tiempo atrás.

Ecolalia. Repetición patológica, propia de un loro y aparentemente sin sentido de una palabra o frase acabada de emitir por otra persona.

Ecopraxia. Repetición por imitación de los movimientos de otra persona. La acción no es voluntaria y tiene un carácter semiautomático e incontrolable.

Ectomorfo, tipo. Según W. Sheldon, tipo morfológico alto y delgado.

Edad mental (EM). Nivel de desarrollo intelectual global correspondiente a una determinada edad.

Efecto de halo. Tendencia de un observador a efectuar una evaluación tendenciosa (ya sea positiva o negativa) de otra persona basándose en características de ésta que, si bien son notorias, carecen de pertinencia respecto de lo que debe evaluar.

Efecto, ley del. Principio por el cual se adquieren sólo las respuestas inmediatamente seguidas de un refuerzo.

Egocentrismo. Exaltación de la propia personalidad, hasta considerarla como centro de la atención y actividad generales. Es frecuente en los niños y adultos inmaduros.

Egoísmo. Afecto excesivo de alguien para consigo mismo, anteponiendo su propia conveniencia a la de los demás.

Electroencefalograma. Registro gráfico de las diferencias de potencial producidas en las células cerebrales.

Ello. Según Freud, zona donde residen los procesos psíquicos más primarios y los impulsos instintivos.

Emoción. Estado afectivo, una reacción subjetiva al ambiente, acompañada de cambios orgánicos (fisiológicos y endocrinos) de origen innato, influida por la experiencia y que tiene la función adaptativa. Se refieren a estados internos como el deseo o la necesidad que dirige al organismo. Las categorías básicas de las emociones son: miedo, sorpresa, aversión, ira, tristeza y alegría.

Empatia. Estado mental en el que un sujeto se identifica con otro grupo o persona, compartiendo el mismo estado de ánimo.

Empirismo. Doctrina según la cual todas nuestras ideas y conceptos derivan de la experiencia y ésta, a su vez, se basa exclusivamente en la información que nos llega a través de los órganos de los sentidos.

Endomorfo, tipo. Según W. Sheldon, es el tipo corpóreo fláccido y de líneas redondas.

Endorfinas. Son opiáceos naturales producidos en el cerebro y en la glándula pituitaria. Se las considera una clase de neurotransmisores.

Enfermedad psicosomática. Es la provocada o agravada por factores psicológicos como el estrés, los cambios en el estilo de vida, las variables de la personalidad y los conflictos emocionales.

Enuresis. Emisión involuntaria e inconsciente de orina.

Erógena, zona. Parte del cuerpo particularmente sensible a la excitación sexual.

Eros. Dios griego del amor.

Erótico. Relativo a Eros, o sea al amor y el deseo.

Espacio vital. Espacio físico y psíquico que todo ser vivo precisa para su normal desarrollo.

Esquema corporal. Conciencia global del propio cuerpo.

Esquizofrenia. Grave enfermedad mental, caracterizada por la escisión de la personalidad y por una ruptura de los mecanismos psíquicos normales, lo que provoca una conducta incomprensible y una pérdida del contacto con la realidad.

Estado de ánimo. Emoción generalizada y persistente que influye en la percepción del mundo. Son ejemplos frecuentes de estado de ánimo la depresión, alegría, cólera y ansiedad. Estos son los tipos de estado de ánimo:

Disfórico. Estado de ánimo desagradable, tal como tristeza, ansiedad o irritabilidad.

Elevado. Sentimiento exagerado de bienestar, euforia o alegría. Una persona con estado de ánimo elevado puede decir que se siente «arriba», «en éxtasis», «en la cima del mundo» o «por las nubes».

Eutímico. Estado de ánimo dentro de la gama «normal», que implica la ausencia de ánimo deprimido o elevado.

Expansivo. Ausencia de control sobre la expresión de los propios sentimientos, a menudo con sobre valoración del significado o importancia propios.

Irritable. Fácilmente enojado y susceptible a la cólera.

Estado intersexual. Estado en el que un individuo manifiesta mezcladamente, y en distintos grados, características de cada sexo, incluyendo formas físicas, órganos reproductivos y comportamiento sexual.

Estereotipo. En psicología social se llama estereotipo a un conjunto fijo de atributos que el observador de un grupo determinado adjudica a todos sus integrantes.

Estimulante. Fármaco que aumenta la actividad motriz y psíquica del individuo.

Estímulo condicionado. Estímulo originalmente neutro, que finalmente suscita una respuesta incondicionada (innata) sobre el individuo.

Estímulo incondicionado. Cualquier estímulo que suscita de forma regular una respuesta no aprendida o innata. El individuo no puede controlar la respuesta al estímulo ya que se produce como un acto reflejo.

Estímulo-respuesta. Teoría que explica los comportamientos de un individuo como un conjunto de reacciones a estímulos precedentes.

Estrés. Cualquier exigencia que produzca un estado de tensión en el individuo y que pida un cambio o adaptación por parte del mismo.

Estresante psicosocial. Cualquier acontecimiento o cambio vital que pueda asociarse temporalmente (y quizá causalmente) al inicio, ocurrencia o exacerbación de un trastorno mental.

Etología. Ciencia que estudia el comportamiento animal.

Estupor. Estado en el que no se responde a la estimulación y se acompaña de inmovilidad y mutismo.

Estupor, estado de. Estado particular que se caracteriza por la lentitud psicomotriz y por un comportamiento inerte que se acompaña de un torpor de la conciencia.

Euforia. Estado de excitación psíquica que se acompaña de un alto tono afectivo.

Exaltación. Modificación del tono afectivo que se caracteriza por sentimientos de euforia.

Exhibicionismo. Tendencia patológica a mostrar en público los órganos genitales.

Experimental, Psicología. Rama de la Psicología que emplea los experimentos controlados y la observación para el estudio del comportamiento.

Éxtasis. Droga alucinógena de síntesis que se fabrica en laboratorios clandestinos. Son derivados anfetamínicos, capaces de alterar el comportamiento y las funciones vitales del organismo.

Extinción. Proceso activo durante el cual va disminuyendo gradualmente la probabilidad de que se produzca una respuesta condicionada. Puede considerárselo también como el desaprendizaje de un hábito.

Extraversión. Según C. G. Jung, característica del individuo "de naturaleza conciliadora", aparentemente abierta y disponible, que se adapta fácilmente a cualquier situación, se relaciona sin problemas y se aventura sin dificultades y con confianza a situaciones desconocidas.

Eyaculación precoz. En el hombre, incapacidad de controlar la excitación sexual, produciéndose una expulsión precoz de semen.

Fálica, fase. En esta fase el interés sexual del niño se centra en los órganos genitales. Es cuando surge el complejo de Edipo.

Familiar, terapia. Método psicoterapéutico para el tratamiento de familias.

Fantasía. Libre actividad del pensamiento por la cual premisas y conclusiones pueden ignorar la realidad. También mecanismo de defensa por el que las imágenes mentales inventadas producen satisfacciones sustitutivas irreales.

Fantasía autista. El individuo se enfrenta a conflictos emocionales y amenazas de origen interno o externo mediante fantasías excesivas que sustituyen la búsqueda de relaciones interpersonales, la acción más eficaz o la resolución de los problemas.

Farmacoterapia psiquiátrica. Tratamiento de las enfermedades y perturbaciones psíquicas a través de psicofármacos.

Fase residual. La fase de una enfermedad que ocurre tras la remisión de los síntomas floridos o del síndrome completo.

Fetichismo. Trastorno psicosexual consistente en conseguir la excitación sexual a través de un objeto.

Fijación. Vinculación de la líbido a determinados objetos propios de uno de sus estados evolutivos.

Fobia. Miedo persistente e irracional hacia un objeto, situación o actividad específicos (el estímulo fóbico), que da lugar a un deseo incoercible de evitarlo. Esto suele conducir a evitar el estímulo fóbico o a afrontarlo con terror.

Formación de conceptos. Es el proceso de aprendizaje por el cual creamos clases mentales o cognitivas.

Formación reactiva. Mecanismo de defensa por el cual el individuo se enfrenta a conflictos emocionales y amenazas de origen interno o externo sustituyendo

los comportamientos, los pensamientos o los sentimientos que le resultan inaceptables por otros diametralmente opuestos (este mecanismo de defensa suele actuar en simultaneidad con la represión).

Frigidez. Incapacidad femenina de lograr el orgasmo.

Frustración. Situación en la que se halla el sujeto cuando encuentra un obstáculo que no le permite satisfacer un deseo o alcanzar una meta.

Fuga de ideas. Un flujo casi continuo de habla acelerada, con cambios temáticos bruscos, que habitualmente se basan en asociaciones comprensibles, estímulos que distraen la atención o juegos de palabras. Cuando es grave, el habla puede ser incoherente y desorganizada.

Gen. Unidad básica de la herencia.

Generalización. En el aprendizaje, fenómeno por el que se obtiene una respuesta a un estímulo, también en presencia de estímulos similares.

Generalización del estímulo. Es la tendencia de un estímulo, semejante a otro estímulo original condicionado, a evocar una respuesta también condicionada, aunque en un grado algo menor.

Genética de la conducta. Es el estudio de la influencia que tiene la estructura genética inherente a un organismo en la determinación de sus rasgos, talentos o predisposiciones.

Glándulas suprarrenales. Ver Suprarrenales, glándulas.

Grandeza. Evaluación desmesurada del valor, poder, conocimientos, importancia o identidad de uno mismo. Cuando es extrema, la grandeza puede alcanzar proporciones delirantes.

Grupo. Conjunto de personas influidas entre sí y que persiguen un fin común: por ejemplo la familia, un partido político o un equipo de baloncesto.

Grupo de control. Conjunto de sujetos utilizados en un experimento a fin de brindar una observación que pueda cotejarse con la conducta del grupo experimental, que es el que se quiere estudiar.

Grupo, terapia de. Tratamiento contemporáneo de numerosos pacientes (de 6 a 12) a cargo de uno o más psicoterapeutas.

Habla apremiante. Habla que es excesiva en cantidad, acelerada y difícil o imposible de interrumpir. Usualmente es de excesivo volumen y empalica. Con frecuencia la persona habla sin ninguna incitación social y puede continuar haciéndolo aún cuando nadie le escuche.

Habilidad. Capacidad de actuar que se desarrolla gracias al aprendizaje, al ejercicio y a la experiencia.

Hábito. Tendencia a actuar de una manera mecánica, especialmente cuando el hábito se ha adquirido por ejercicio o experiencia. Se caracteriza por estar muy arraigado y porque puede ejecutarse de forma automática.

Hachís. Estupefaciente extraído del cannabis. Provoca euforia y en grandes dosis excitación y alucinaciones.

Hedonismo. Concepción según la cual el factor motivante primordial de la conducta humana es la dimensión bipolar placer-dolor.

Heroína. Derivado del opio, concretamente de la planta de la morfina, cuya cápsula se llama "adormidera", de la que se extrae una resina llamada "pan de opio", que es la sustancia activa. Actúa como un depresor del sistema nervioso central (SNC).

Heterosexual. Individuo atraído sexualmente por personas del sexo contrario.

Hiperacusia. Sensibilidad dolorosa a los sonidos.

Hipersomnia. Excesiva somnolencia, manifestada por sueño nocturno prolongado, dificultad para mantener un estado de alerta durante el día o episodios diurnos de sueño no deseados.

Hipersensibilidad, teoría de la. Teoría que sostiene que cualquiera que sea el efecto de una droga, la abstinencia producirá efectos contrarios. Por ejemplo si es excitante, la abstinencia producirá depresión.

Hipnosis. Estado de alteración de la conciencia inducido en un sujeto cooperante. Se caracteriza por un estrechamiento del foco de atención y aumento de la sugestionabilidad.

Hipnótico. Fármaco que produce un sueño similar al natural (somnífero).

Hipocondría. Estado caracterizado por una preocupación desmesurada por la salud o por una enfermedad.

Hipoglucemia. Es un trastorno orgánico en que aparece un bajo nivel de azúcar en la sangre. En las personas que padecen de hipoglucemia como afección clínica este estado tiende a ser crónico, en cuyo caso el organismo se debilita.

Homeostasis. Término que designa la regulación del equilibrio del medio interno y en general de toda la actividad del organismo.

Homosexual. Sujeto cuya afectividad y deseos eróticos se dirigen hacia individuos de su propio sexo.

Idea delirante. Falsa creencia basada en una inferencia incorrecta relativa a la realidad externa que es firmemente sostenida. La creencia no está aceptada ordinariamente por otros miembros de la subcultura o cultura a la que pertenece el sujeto (p. ej., no es un artículo de fe religiosa). Cuando una creencia errónea implica un juicio de valor, sólo se considera idea delirante cuando el juicio es tan extremo que desafía toda credibilidad. Las ideas delirantes se subdividen de acuerdo con su contenido. Algunos de los tipos más frecuentes son los siguientes:

Celos delirantes. Idea delirante que tiene el sujeto pensando que es traicionado por su compañero sexual.

De grandeza. Idea delirante de valor, poder, conocimientos o identidad exagerados, o de una relación especial con una deidad o una persona famosa.

De referencia. Idea delirante cuya temática consiste en que ciertos hechos, objetos o personas del ambiente inmediato del sujeto adoptan una significación particular y desusada. Estas ideas delirantes suelen ser de naturaleza negativa o peyorativa, pero también pueden ser de grandiosidad. Difieren de las ideas de referencia, donde la falsa creencia no se sostiene tan firmemente ni está tan organizada como una verdadera creencia.

De ser controlado. Idea delirante en que ciertos sentimientos, impulsos o actos se experimentan como si estuvieran bajo el control de alguna fuerza externa más que bajo el de uno mismo.

Difusión del pensamiento. Idea delirante de que los propios pensamientos están siendo difundidos en alta voz de modo que pueden ser percibidos por otros.

Erotomaníaca. Idea delirante de que otra persona, habitualmente de status superior, está enamorada del sujeto.

Extraña. Idea delirante que implica un fenómeno que la cultura del sujeto consideraría totalmente inverosímil.

Inserción del pensamiento. Idea delirante de que ciertos pensamientos propios no son de uno mismo, sino que más bien son insertados en la propia mente.

Persecutoria. Idea delirante cuyo tema central consiste en que el sujeto (o alguien cercano a él) está siendo atacado, atormentado, golpeado, perseguido o se conspira contra él.

Somática. Idea delirante cuyo principal contenido pertenece a la apariencia o funcionamiento del propio cuerpo.

Idea sobrevalorada. Creencia persistente y no razonable que se mantiene con menos intensidad que la idea delirante (esto es, el sujeto es capaz de aceptar la posibilidad de que su creencia puede no ser cierta). La creencia no es aceptada habitualmente por otros miembros de la cultura o subcultura a que pertenece el sujeto.

Ideación paranoide. Ideación que implica sospechas o creencia de estar siendo atormentado, perseguido o tratado injustamente, pero de proporciones inferiores a las de una idea delirante.

Idealización. El individuo se enfrenta a conflictos emocionales y amenazas de origen interno o externo atribuyendo cualidades exageradamente positivas a los demás.

Ideas de referencia. Sensación de que ciertos incidentes causales o que determinados acontecimientos externos tienen un significado particular y desusado que es específico para cada sujeto. Debe distinguirse de un delirio de referencia, en el que existe una creencia sostenida con convicción delirante.

Ideas innatas. Ideas presentes en el organismo desde su nacimiento, no necesariamente en su forma definitiva y madura, pero sí al menos en su forma germinal.

Identificación proyectiva. Mecanismo de defensa en que el individuo atribuye incorrectamente a los demás sentimientos, impulsos o pensamientos propios que le resultan inaceptables. A diferencia de la proyección simple, en este caso el individuo no repudia totalmente lo que proyecta. Al contrario, el individuo es consciente de sus afectos o impulsos, pero los interpreta incorrectamente al considerarlos reacciones justificables frente a otras personas. No es raro que el individuo atribuya sus propios sentimientos a otros, haciendo que sea difícil esclarecer quién hizo algo a quién en primer lugar.

Identidad. Concepto claro y nítido de uno mismo.

Identidad sexual. Convicción interna de una persona acerca de ser varón o mujer.

Identificación. Mecanismo psíquico inconsciente que induce a un sujeto a comportarse, pensar y sentir como otro que actúa como su modelo.

Idiocia. Grave forma de insuficiencia mental, congénita o adquirida, tras una lesión cerebral en la primera infancia.

Ilusión. Percepción o interpretación errónea de un estímulo externo real, por ejemplo, escuchando el rumor de unas hojas o el sonido de unas voces.

Imagen. Representación mental de un objeto, una persona o un acontecimiento.

Imaginación. Facultad de representarse mentalmente objetos, personas, situaciones no presentes en la realidad.

Imbecilidad. Forma de insuficiencia mental, menos grave que la idiocia, pero que impide vivir de un modo autónomo. Oligofrenia de grado medio.

Imitación. Adquisición voluntaria de una conducta observada en otras personas. Elemento fundamental del aprendizaje.

Impotencia. Imposibilidad para conseguir o mantener la erección del pene. Con frecuencia está motivada por factores psicológicos.

Impresión. Visión u opinión general de un hecho cualquiera de otro sujeto, que surge de modo inmediato.

Impulso. Tendencia a actuar sin una deliberación previa. Fenómeno contrario a un acto de voluntad.

Impulso afectivo. Es la tendencia innata en virtud de la cual un organismo aspira al contacto, físico o emocional, con otro organismo.

Impulsos biológicos. Son un conjunto de movilizadores innatos de la conducta, que reflejan las necesidades de los órganos y los procesos fisiológicos del organismo.

Inadaptación social. Estado en el que el sujeto establece unas relaciones conflictivas con su entorno social.

Incoherencia. Lenguaje o pensamiento que resulta esencialmente incomprensible a los demás porque las palabras o las frases se unen sin una conexión lógica o significativa. La irregularidad ocurre dentro de las oraciones, a diferencia del descarrilamiento o dispersión, en el que la alteración se produce entre las oraciones. La incoherencia a veces ha sido denominada "ensalada de palabras" para poner de manifiesto el grado de desorganización lingüística. No deben considerarse como incoherencia ciertas construcciones escasamente gramaticales o usos idiomáticos característicos de una cultura o región particulares, una falta de escolarización o un bajo nivel intelectual. El término no suele aplicarse cuando hay pruebas de que el trastorno del habla se debe a una afasia.

Inconsciencia. Estado en el que la capacidad de percepción y de actuar conscientemente están anuladas. El estado más profundo de inconsciencia es el estado de coma.

Inconsciente. Zona "sumergida" de nuestra personalidad, de la que el sujeto no es directamente consciente. Sus contenidos son de naturaleza pulsional (pulsión) y su organización está regida por la condensación y el desplazamiento. Sus intentos de acceder a la conciencia son frenados por la represión y sólo obtienen éxito en la medida en que, a través de las deformaciones de la censura, se producen formaciones de compromiso (sueños, actos fallidos, etcétera). Se compone básicamente de material psicológico procedente de los deseos infantiles.

Inconsciente colectivo. Según Jung, el conjunto de ideas y recuerdos que pertenecen a toda la humanidad y que son fruto de los recuerdos acumulados tras las experiencias de innumerables generaciones.

Infantil, Psicología. Rama de la Psicología que estudia los procesos de desarrollo del niño y su conducta.

Infantilismo. Actitud. Presencia de una conducta infantil en el adulto.

Inhibición. Carencia o disminución de determinados tipos de conducta, especialmente de los agresivos.

Inhibición reactiva. Cantidad mesurable de fatiga específica que se acumula en un organismo cada vez que da una cierta respuesta. La consecuencia es la disminución o desaparición por parte del organismo a producir dicha respuesta frente al estímulo.

Inmadurez. Insuficiente grado de desarrollo afectivo que puede darse en personas cronológica e intelectualmente adultas.

Insomnio. Quejas subjetivas de dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormido o a causa de la mala calidad del sueño. Estos son los tipos de insomnio:

Insomnio inicial. Dificultad para conciliar el sueño.

Insomnio medio. Despertar a media noche después de haber conciliado el sueño, aunque con dificultades.

Insomnio terminal. Despertar antes de la hora usual de hacerlo, con incapacidad para reemprender el sueño.

Instinto de muerte. Tal como lo formulara Freud, el instinto o pulsión de muerte es una tendencia innata a procurar la destrucción de otros organismos, así como la propia destrucción.

Inteligencia. En líneas generales, capacidad mental para entender, recordar y emplear de un modo práctico y constructivo, los conocimientos en situaciones nuevas.

Intelectualización. El individuo se enfrenta a conflictos emocionales y amenazas de origen interno o externo generalizando o implicándose en pensamientos excesivamente abstractos para controlar o minimizar sentimientos que le causan malestar.

Interferencia retroactiva. Fenómeno del aprendizaje por el cual al aprender un segundo conjunto o lista de materiales, se inhibe o disminuye la capacidad de recordar una primera lista o conjunto aprendido con anterioridad.

Intimidad. Según el análisis transaccional, la intimidad es un estado de proximidad emocional a otra persona, caracterizado por la ausencia de manipulación y la presencia de una comunicación auténtica.

Introspección. Proceso mental a través del cual el sujeto observa atentamente sus propias experiencias.

Introversión. Según Jung, característica del sujeto de naturaleza lenta, reflexiva y cerrada, que evita el contacto con los otros y se pone fácilmente a la defensiva.

Introyección. Mecanismo de defensa por el que se hacen propios rasgos de la personalidad de un sujeto.

Intuición. Forma de conocimiento directo caracterizada por la inmediatez y la contemporaneidad.

Labilidad. Estado emotivo caracterizado por una alteración del control consciente de las reacciones emotivas.

Latencia, fase de. Según Freud, fase del desarrollo del niño en el que la sexualidad permanece más o menos adormecida. Se extiende desde los siete años hasta la adolescencia.

Latente, contenido. La parte oculta de un sueño, una fantasía, de los pensamientos y las emociones. Se expresa de forma enmascarada en el contenido manifiesto.

Lenguaje del cuerpo. Forma de comunicación no verbal efectuada a través de gestos, movimientos, etc.

Ley del efecto. Esta ley establece que si a un organismo su respuesta ante un estímulo le resulta satisfactoria, la aprenderá y quedara "impresa" en su sistema nervioso.

Libido. Según Freud, forma de la energía vital que dirige y origina las manifestaciones del instinto sexual.

Logorrea. Locuacidad excesiva.

Logoterapia. Es una clase de psicoterapia destinada a ayudar a la persona con problemas a redescubrir el sentido de su vida, que ha perdido.

Lentitud psicomotora. Enlentecimiento generalizado visible de los movimientos y del habla.

LSD 25. Derivado semisintético de uno de los alcaloides del cornezuelo del centeno (un hongo). Es un líquido incoloro e insípido que provoca su acción a nivel del SNC.

Macropsia. Percepción visual de que los objetos son mayores de lo que realmente son.

Manía. Enfermedad del estado de ánimo caracterizada por una hiperactividad psíquica y un fondo de alegría, de euforia y actividad frenética, que no tienen motivación real alguna.

Maniaco-depresiva, psicosis. Enfermedad mental caracterizada por la alternancia de fases maniacas y depresivas.

Manifiesto, contenido. Cuanto el sujeto recuerda y/o relata conscientemente de un sueño, una fantasía o de sus pensamientos y emociones.

Marihuana. Denominación popular del extracto de una parte del cannabis, produce euforia y sensación de flotación.

Masoquismo. Trastorno psicosexual en el que la excitación sexual se consigue a través del dolor físico o la humillación infringida y/o solicitada por un miembro de la pareja a otro.

Masturbación. Autoexcitación de las zonas erógenas, hasta el climax.

Mecanismo de defensa. Proceso psicológico automático que protege al individuo de la ansiedad y de la conciencia de amenazas o peligros externos o internos. Los mecanismos de defensa mediatizan la reacción del individuo ante los conflictos emocionales y ante las amenazas externas. Algunos mecanismos de defensa (p. ej., proyección, dicotomización, y "acting out") son casi siempre desadaptativos. Otros, como la supresión y la negación, pueden ser

desadaptativos o adaptativos en función de su gravedad, inflexibilidad y el contexto en el que ocurran.

Medicamento agonista. Sustancia química extrínseca a las sustancias producidas endógenamente, que actúa sobre un receptor y es capaz de producir el efecto máximo que puede alcanzarse estimulando dicho receptor. Un agonista parcial sólo es capaz de producir menos del efecto máximo, aunque se administre en concentración suficiente para fijarse a todos los receptores disponibles.

Medicamento agonista/antagonista. Sustancia química extrínseca a sustancias producidas endógenamente que actúa sobre una familia de receptores (como los receptores de los opiáceos), de manera que es un agonista o agonista parcial respecto de un tipo de receptor y antagonista respecto de otro.

Medicamento antagonista. Sustancia química extrínseca a las sustancias producidas endógenamente que ocupa un receptor, no produce efectos fisiológicos e impide que factores químicos endógenos y exógenos produzcan algún efecto en dicho receptor.

Meditación. Proceso mental a través del cual el sujeto alcanza su yo más profundo.

Megalomanía. Sentimiento de potencia y superioridad que no tiene fundamentos reales.

Mellizos idénticos. Son los que derivan de un mismo cigoto y en consecuencia tienen la misma estructura genéticos.

Memoria. Capacidad mental de conservar y evocar cuanto se ha vivido. Fenómeno psíquico muy complejo en el que entran en juego el psiquismo elemental (rastros que las sensaciones dejan en el tejido nervioso), la actividad nerviosa superior (creación de nuevas conexiones nerviosas por repetición, es decir, reflejos condicionados) y el sistema conceptual o inteligencia propiamente dicha. Actividad específicamente humana en cuanto comporta el reconocimiento de la imagen pasada como pasada.

Menarquía. Aparición de la primera menstruación.

Menopausia. Cese de las menstruaciones.

Menstruación. Hemorragia cíclica que se produce en la mujer sexualmente madura.

Mesamorfo. Según W. Sheldon, el tipo corpóreo activo y enérgico.

Mescalina. Alcaloide derivado del cactus peyoti o peyote, capaz de producir trastornos tóxicos importantes, en especial de tipo alucinatorio.

Método experimental. Es un método para la recolección de datos en el cual se comparan las mediciones del comportamiento de un grupo de control, como mínimo, con las mediciones de un grupo experimental, como mínimo.

Micropsia. Percepción visual de que los objetos son menores de lo que realmente son.

Miedo. Reacción emotiva frente a un peligro reconocido como tal en estado de conciencia.

Morfina. Principal alcaloide extraído del opio; tiene propiedades terapéuticas, sobre todo como analgésico y espasmolítico. Es también una droga.

Motivación. Conjunto de motivos que intervienen en un acto electivo, según su origen los motivos pueden ser de carácter fisiológico e innatos (hambre, sueño) o sociales; estos últimos se adquieren durante la socialización, formándose en función de las relaciones interpersonales, los valores, las normas y las instituciones sociales.

Motivo. Un motivo es un estado interior presupuesto de un organismo, con el fin de explicar sus elecciones y su conducta orientada hacia metas. Desde el punto de vista subjetivo, es un deseo o anhelo.

Movimientos estereotipados. Comportamiento motor repetitivo, aparentemente impulsivo y no funcional (p. ej., sacudir o mover las manos, balancear el cuerpo, golpear la cabeza, mordisquear objetos, automorderse, pincharse la piel o los orificios corporales, golpear el propio cuerpo).

Movimientos oculares rápidos (MOR). Son cambios abruptos y espontáneos en la posición de los globos oculares durante el sueño. Estos desplazamientos se producen tanto en la dirección vertical como en la horizontal, y semejan lo que de hecho sucede cuando el individuo contempla un suceso real con los ojos abiertos.

Mutismo. Incapacidad para hablar no provocada por lesiones en las cuerdas bucales.

Narcisismo. Mecanismo de defensa que se caracteriza por una preocupación excesiva hacia la propia persona.

Narcolepsia. Tendencia irresistible al sueño.

Narcótico. Sustancias químicas que provocan la aparición del sueño.

Necrofilia. Trastorno psicosexual en el que se observa una inclinación sexual hacia los cadáveres.

Negación. Mecanismo de defensa por el que se rechazan aquellos aspectos de la realidad que se consideran desagradables. El individuo se enfrenta a conflictos emocionales y amenazas de origen interno o extemo negándose a reconocer algunos aspectos dolorosos de la realidad externa o de las experiencias subjetivas que son manifiestos para los demás. El término *negación psicótica* se emplea cuando hay una total afectación de la capacidad para captar la realidad.

Nervio. Un nervio es un haz de axones de neuronas que forma parte del sistema nervioso periférico. Los nervios pueden ser sensoriales o motores (también los hay mixtos). Los primeros conducen la información desde el exterior hacia los centros nerviosos, en tanto que los segundos la transmiten a los órganos efectores.

Nerviosismo. Estado de desequilibrio leve del sistema nervioso, con trastornos psíquicos de cierta intensidad (irritabilidad, poca atención, etc.) y orgánicos (intranquilidad motora, etc.).

Neurastenia. Conjunto de alteraciones de la excitabilidad del sistema nervioso, caracterizado por el aumento de la fatigabilidad, con sensación de agotamiento somático y psíquico.

Neuroléptico. Fármaco psicológico con efectos sedantes, ansiolíticos y antipsicóticos.

Neurología. Disciplina médica que estudia los aspectos patológicos del sistema nervioso periférico.

Neurona. Es una célula especializada en la comunicación de información. Es la unidad funcional básica del cerebro y del sistema nervioso.

Neurosis. Conjunto de síntomas psíquicos y emocionales producidos por un conflicto psicológico que se han hecho crónicos. Se conserva la capacidad para razonar coherentemente.

Neurotransmisor. Es un "mensajero" químico que permite que una neurona excite o inhiba la despolarización (o sea, la "descarga") de otra neurona adyacente a ella.

Nido vacío, síndrome del. Sensación de vacío emotivo que experimentan los padres cuando los hijos se independizan, abandonando el hogar paterno.

Ninfomanía. Trastorno psicosexual femenino caracterizado por la desinhibición absoluta de los instintos sexuales.

Nistagmo. Movimiento rítmico involuntario de los ojos, que consiste en temblores rápidos de pequeña amplitud en una dirección y un movimiento recurrente, mayor, más lento, en la dirección opuesta. El nistagmo puede ser horizontal, vertical o rotatorio.

Nivel de aspiración. Patrón subjetivo de acuerdo con el cual un individuo fija sus metas y evalúa sus logros.

Obsesión. Irrupción en el pensamiento de una idea, un sentimiento o una tendencia, que aparece en el enfermo en desacuerdo con su pensamiento consciente, pero que persiste a pesar de todos los esfuerzos que hace el sujeto por deshacerse de él.

Obsesivo-compulsiva, neurosis. Neurosis en las que las obsesiones y compulsiones se han hecho crónicas, perturbando la vida normal del sujeto.

Odio. Emoción reactiva frente a una persona o una vivencia que hiere o amenaza.

Oligofrenia. Ver Debilidad mental.

Olvido. Incapacidad del individuo para rememorar un fragmento de información que está seguro que existe en su memoria.

Omnipotencia. El individuo se enfrenta a conflictos emocionales y amenazas de origen interno o externo pensando o actuando como si dispusiera de poderes o capacidades especiales y fuera superior a los demás.

Onicofagia. Hábito de morderse las uñas.

Onírico. Relativo al mundo de los sueños.

Opio. Estupefaciente extraído de las cápsulas del Papaverum álbum.

Oral, fase. Período que abarca el primer año de vida. Según Freud, durante esta fase las necesidades, percepciones y modos de expresión del niño se centran en la boca, a través de la cual obtiene todas sus gratificaciones inmediatas.

Organismo. Cualquier entidad viviente.

Orgasmo. Acción refleja provocada por la estimulación sexual, es el punto culminante del placer durante dicha excitación.

Pánico. Episodio agudo de los estados de ansiedad caracterizado por un miedo intenso e irracional.

Papel o rol sexual. Actitudes, patrones de comportamiento y atributos de personalidad definidos por la cultura en que el individuo vive como papeles sociales estereotipadamente "masculinos" o "femeninos".

Paranoia. Delirio interpretativo que evoluciona de forma progresiva, con una lógica aparentemente perfecta y sin deterioro intelectual. La paranoia es raro que se establezca de forma pura, por eso es más conveniente hablar de personalidad paranoica, cuyos rasgos esenciales son una exagerada susceptibilidad, una hipervaloración del yo, desconfianza y una construcción mental peculiar.

Parasomnia. Comportamiento o hechos fisiológicos anormales que ocurren durante el sueño o en las transiciones sueño-vigilia.

Pedagogía. Ciencia de la educación.

Pedofilia. Trastorno psicosexual caracterizado por el interés erótico hacia los niños.

Pensamiento. Término genérico que indica un conjunto de actividades mentales tales como el razonamiento, la abstracción, la generalización, etc. cuyas finalidades son, entre otras, la resolución de problemas, la adopción de decisiones y la representación de la realidad externa.

Pensamiento mágico. Creencia errónea de que los propios pensamientos, palabras o actos causarán o evitarán un hecho concreto de un modo que desafía las leyes de causa y efecto comúnmente aceptadas. El pensamiento mágico puede formar parte del desarrollo normal del niño.

Percepción. Función psíquica que permite al organismo, a través de los sentidos, recibir y elaborar las informaciones provenientes del exterior y convertirlas en totalidades organizadas y dotadas de significado para el sujeto.

Perfil. Representación gráfica de los resultados de un test o batería de tests.

Perseveración. Repetición persistente y sin objetivo alguno de actividades, palabras o frases.

Persona. El individuo entendido como ser vivo dotado de conciencia.

Personalidad. Estructura psíquica de cada individuo, la forma como se revela por su modo de pensar y expresarse, en sus actitudes e intereses y en sus actos. Son patrones duraderos de percibir, relacionarse y pensar acerca del ambiente y de uno mismo. Los rasgos de personalidad son aspectos prominentes que se manifiestan en una amplia gama de contextos sociales y personales importantes. Los rasgos de personalidad sólo constituyen un

trastorno de personalidad cuando son inflexibles y desadaptativos y provocan malestar subjetivo o déficit funcional significativo.

Personalidad autoritaria. El individuo con personalidad autoritaria presenta habitualmente los siguientes rasgos: obediencia ciega a la autoridad, cumplimiento estricto de normas rígidas, expectativa de lealtad incondicional por parte de sus subordinados, hostilidad frente a los miembros de otros grupos y admiración hacia los poderosos.

Personalidad múltiple. Trastorno mental caracterizado por la aparición alterada en un sujeto de dos o más personalidades contradictorias entre sí.

Pesadilla. Sueños con carácter terrorífico y angustioso, que carecen de significado patológico si no son muy intensos o repetitivos.

Pícnico, tipo. Según E. Kretschmer, el tipo constitucional bajo y grueso.

Piromanía. Necesidad no sometible al control de la voluntad de provocar incendios y presenciarlos.

Placebo. Sustancia farmacológica o tratamiento sin ningún efecto pero que proporciona alivio al paciente por un fenómeno de persuasión.

Placebo, efecto. Efecto que causa una medicina más por la sugestión que por su real eficacia farmacológica.

Polarización. El individuo se enfrenta a conflictos emocionales y amenazas de origen interno o externo viéndose a sí mismo o a los demás como completamente buenos o malos, sin conseguir integrar en imágenes cohesionadas las cualidades positivas o negativas de cada uno. Al no poder experimentar simultáneamente afectos ambivalentes, el individuo excluye de su conciencia emocional una visión y unas expectativas equilibradas de sí mismo y de los demás. A menudo, el individuo idealiza y devalúa alternativamente a la misma persona o a sí mismo: otorga cualidades exclusivamente amorosas, poderosas, útiles, nutritivas y bondadosas o exclusivamente malas, odiosas, coléricas, destructivas, repelentes o inútiles.

Práctica distribuida. Es una situación de aprendizaje que se caracteriza por la inclusión de períodos de descanso o "recreos" entre los ensayos. Contrasta este concepto con el de práctica agrupada, situación de aprendizaje en la cual, por el contrario, un ensayo sigue al otro sin período de descanso alguno.

Práctica negativa. Método utilizado para extinguir hábitos y por el cual se repiten en forma consciente y deliberada las tendencia erróneas asociadas a dichos hábitos.

Prejuicio. Actitud, creencia u opinión que no se basa en una información o experiencia suficiente como para alcanzar una conclusión rotunda. Literalmente se define como un "juicio previo".

Premenstrual, síndrome. Conjunto de síntomas fisiológicos y psíquicos que aparecen unos días antes de la menstruación.

Principio de Premack. Si suponemos que dos de las acciones que componen el repertorio de conductas de un organismo presentan distinto grado de probabilidad en cuanto a su acaecimiento: una de ellas tiene muchas probabilidades de ocurrir, y la otra, pocas probabilidades. El principio de Premack establece que la acción con alta probabilidad de ocurrencia puede emplearse para reforzar la de baja probabilidad.

Privación afectiva. Carencia de una relación satisfactoria y duradera con una o más personas. Es muy negativa para el desarrollo normal emotivo e intelectual del niño.

Proyección. Mecanismo de defensa que el individuo se enfrenta a conflictos emocionales y amenazas de origen interno o externo atribuyendo incorrectamente a los demás sentimientos, impulsos o pensamientos propios que le resultan inaceptables. Consiste en proyectar cualidades, deseos o sentimientos que producen ansiedad fuera de sí mismo, dirigiéndolos hacia algo o alguien a quien se atribuyen totalmente.

Psicoanálisis. Método psicoterapéutico para el tratamiento de trastornos psíquicos, que utiliza técnicas de asociación libre y la interpretación de los sueños. Es una teoría de la personalidad basada en conceptos como la motivación inconsciente, el *yo,* el *ello* y el *superyo*.

Psicobiología. Es el estudio de la conducta en función de sus fundamentos biológicos.

Psicocirugía. Es la cirugía practicada en el cerebro con el objeto de tratar un trastorno psíquico.

Psicofármaco. Sustancia química capaz de modificar el psiquismo normal o patológico.

Psicofísica. Es el estudio de la relación funcional entre las magnitudes de los estímulos físicos y las respuestas sensoriales a ellos.

Psicofisiología. Tendencia de la Psicología experimental que considera las funciones psíquicas desde el punto de vista fisiológico.

Psicógeno. Referido a manifestaciones en general patológicas, cuyo origen no reside en una lesión orgánica sino en un trastorno psíquico.

Psicología. Ciencia que estudia la actividad psíquica y el comportamiento de los organismos.

Psicología comparada. Es el estudio de las similitudes y diferencias que manifiestan en su comportamiento especies de organismos que contrastan entre sí.

Psicopatía. Nombre genérico de un trastorno mental que se caracteriza por un comportamiento asocial.

Psicoterapia. Es cualquier proceso de reeducación que tiene por objeto ayudar a una persona con problemas, recurriendo fundamentalmente a las intervenciones psicológicas, en contraste con los tratamientos orgánicos, como la administración de drogas.

Psicótico. Este término ha recibido históricamente numerosas definiciones diferentes, ninguna de las cuales ha conseguido ser aceptada universalmente. La definición más estricta de psicótico se limita a ideas delirantes o alucinaciones prominentes, en ausencia de conciencia acerca de su naturaleza patológica. Una definición algo menos restrictiva también incluiría alucinaciones significativas que el individuo acepta como experiencias alucinatorias. Todavía es más amplia una definición que incluya asimismo otros síntomas positivos de esquizofrenia (esto es, habla desorganizada, comportamiento intensamente desorganizado o catatónico). Finalmente, el término ha sido definido conceptualmente como una pérdida de los límites del yo o una importante alteración de la verificación de la realidad.

Psique. Conjunto de las funciones sensitivas, afectivas y mentales de un individuo.

Psiquiatría. Rama de la Medicina que estudia las enfermedades de la psique.

Psicosis. Trastorno psíquico grave que afecta de un modo total a la personalidad y conducta del sujeto, con perturbación del juicio, de la voluntad y de la afectividad.

Psicosomático. Relativo, al mismo tiempo, tanto al componente psíquico o mental de la personalidad como al orgánico.

Psicoterapeuta. Especialista en Psicoterapia.

Psicoterapia. Conjunto de medios terapéuticos basados en la relación interpersonal; a través del diálogo, y las intervenciones del terapeuta, se posibilita la superación del conflicto psíquico.

Pubertad. Etapa de la vida en que se realizan un conjunto de transformaciones morfológicas y fisiológicas que posibilitan el inicio de las funciones sexuales; marca el paso de la infancia a la adolescencia.

Pulsión. Tendencia instintiva que empuja a realizar o rehuir ciertos actos.

Racionalización. Mecanismo de defensa por el que se tiende a dar una explicación lógica a los sentimientos, pensamientos o conductas que de otro modo provocarían ansiedad o sentimientos de inferioridad o de culpa.

Rapport. Se dice que en una relación entre dos o más personas hay *rapport* cuando sus pensamientos o sentimientos armonizan entre sí o cuando presentan una serie de puntos de vista compartidos.

Rasgo. Elemento característico de la personalidad relativamente estable. El individuo se enfrenta a conflictos emocionales y amenazas de origen interno o externo inventando sus propias explicaciones, tranquilizadoras pero incorrectas, para encubrir las verdaderas motivaciones que rigen sus pensamientos, acciones o sentimientos.

Reactiva, formación. Mecanismo de defensa por el que todo aquello que no puede ser satisfecho se sustituye por el contrario: por ejemplo el amor hacia una persona que no nos corresponde se transforma en odio, etc.

Reconocimiento. Capacidad para identificar un cierto número de elementos de un conjunto aprendido anteriormente.

Reconstrucción. Fenómeno por el que los recuerdos vuelven a la memoria por estímulos conectados a acontecimientos del pasado.

Recuerdo. Reproducción de algo vivido o aprendido anteriormente.

Reflejo. Respuesta orgánica espontánea y no aprendida.

Refuerzo. Cualquier estímulo que aumenta la probabilidad de que se produzca una cierta clase de respuestas.

Regla mnemotécnica. Es una estrategia cognitiva utilizada para apuntalar el funcionamiento de la memoria.

Regresión. Mecanismo de defensa que consiste en regresar a períodos anteriores del desarrollo o a comportamientos antiguos, que eran más satisfactorios.

Relación figura-fondo. En la percepción se tiende a aislar uno o más objetos (figuras) del campo perceptual (fondo). La relación figura-fondo consiste en

percibir una figura de forma o pautas bien definidas, que se distingue del fondo indeterminado y amorfo.

Represión. Mecanismo de defensa que consiste en rechazar fuera de la conciencia todo aquello que resulta doloroso o inaceptable para el sujeto. El individuo se enfrenta a conflictos emocionales y amenazas de origen interno o externo expulsando de su conciencia o no dándose por enterado cognoscitivamente de los deseos, pensamientos o experiencias que le causan malestar. El componente afectivo puede mantenerse activo en la conciencia, desprendido de sus ideas asociadas.

Resistencia. Oposición inconsciente o quizá consciente a llevar al nivel de la conciencia experiencias, ideas, afectos, etc., pasados, que provocarían ansiedad.

Respuesta. Definición una respuesta en el ámbito de la psicología, es cualquier conducta provocada por un estímulo.

Retraso mental. Desarrollo incompleto o insuficiente del desarrollo intelectual.

Retrospectiva. Recurrencia de un recuerdo, sentimiento o experiencia perceptiva del pasado.

Ritual. Conjunto de actos realizados de modo repetitivo. Típico de las conductas obsesivas.

Rol. En psicología social se considera que el *rol* es la personalidad pública de cada individuo, vale decir, el papel más o menos predecible que asume con el objeto de amoldarse a la sociedad de la que forma parte.

Sadismo. Trastorno psicosexual en el que el sujeto obtiene placer del acto de inflingir dolor y humillación a otra persona para satisfacer sus deseos sexuales.

Sedante. Sustancia que atenúa los estados de excitación emotiva o motriz.

Sensación. Proceso por el cual los órganos de los sentidos convierten estímulos del mundo exterior en los datos elementales o materia prima de la experiencia.

Signo. Manifestación objetiva de un estado que puede ser patológico. Los signos son observados por el clínico más que descritos por el individuo afectado.

Simbolización. Mecanismo de defensa por el que se usa una imagen mental o un pensamiento consciente como símbolo para disfrazar un pensamiento inconsciente que nos produce un estado de ansiedad.

Símbolo. Cualquier estímulo representativo de una idea o un objeto distinto de él.

Sinapsis. Es el punto de conexión funcional entre dos neuronas adyacentes.

Síndrome. Agrupación de signos y síntomas basada en su frecuente coocurrencia, que puede sugerir una patogenia, una evolución, unos antecedentes familiares o una selección terapéutica comunes.

Síndrome general de adaptación. Es una pauta de reacción fisiológica provocada por la tensión crónica, cuya finalidad es suprimir los efectos de ésta y permitir al organismo conservar sus recursos. La pauta se divide en tres etapas: 1) la reacción de alarma, 2) la resistencia y 3) el agotamiento.

Sinestesia. Estado en el que una experiencia sensorial estimula otra modalidad de experiencia sensorial (p. ej., un sonido produce la sensación de un color particular).

Síntoma. Manifestación subjetiva de un estado patológico. Los síntomas son descritos por el individuo afecto más que observados por el examinador.

Síntoma de conversión. Pérdida o alteración del funcionamiento sensorial o motor voluntario que sugiere una enfermedad médica o neurológica. Se supone que ciertos factores psicológicos i están asociados al desarrollo del síntoma, de modo que el síntoma no se explica por completo por una enfermedad médica o neurológica ni por los efectos directos de una sustancia. El síntoma no está producido intencionadamente ni es fingido, y no está sancionado culturalmente.

Síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo. Ideas delirantes o alucinaciones cuyo contenido es plenamente coherente con los temas típicos de un estado de ánimo deprimido o maníaco. Si el ánimo es depresivo, el contenido de las ideas delirantes o las alucinaciones consistirá en temas de inadecuación personal, culpa, enfermedad, muerte, nihilismo o castigo merecido. El contenido del delirio puede incluir temas de persecución si parten de conceptos autodespectivos como un castigo merecido. Si el ánimo es maníaco, el contenido de los delirios o alucinaciones incluirá temas sobre valor, poder, conocimientos o identidad exagerados o sobre una relación especial con una deidad o persona famosa. El contenido del delirio puede incluir temas de persecución si se basan en conceptos como un valor exagerado o un castigo merecido.

Síntomas psicótícos no congruentes con el estado de ánimo. Ideas delirantes o alucinaciones cuyo contenido no es coherente con los temas típicos de un ánimo depresivo o maníaco. En el caso de la depresión los delirios o las alucinaciones no implicarán temas de inadecuación personal, culpa, enfermedad, muerte, nihilismo o castigo merecido. En el caso de la manía, los delirios o las alucinaciones no entrañarán temas de valor, poder, conocimientos

o identidad exagerados o de relaciones especiales con una deidad o un personaje famoso. Son ejemplos de síntomas psicótícos no congruentes con el estado de ánimo los delirios de persecución (sin contenido autodespectivo o de grandeza), la inserción del pensamiento, la difusión del pensamiento y las ideas delirantes de ser controlado, cuyo contenido no guarda relación aparente con ninguno de los temas anteriormente enumerados.

Sistema nervioso autónomo. Ver sistema nervioso vegetativo.

Sistema nervioso central. Parte del sistema nervioso formado por el cerebro y la médula espinal.

Sistema nervioso parasimpático. Parte del sistema nervioso vegetativo que tiene acción inhibidora predominante.

Sistema nervioso periférico. Parte del sistema nervioso formado por las raíces que emergen del sistema nervioso central y que van a formar los nervios. Según la función pueden ser sensitivos, motores y mixtos.

Sistema nervioso simpático. Parte del sistema nervioso vegetativo que tiene acción estimulante.

Sistema nervioso vegetativo. Conjunto de las fibras nerviosas no controladas por la voluntad. Tiene la función de coordinar y guiar la actividad de los órganos internos. Se subdivide en sistema simpático y parasimpático.

Social, Psicología. Estudio de las relaciones entre individuo y la sociedad.

Socialización. Proceso por el que un individuo desarrolla aquellas cualidades esenciales para su plena afirmación en la sociedad en la que vive.

Sociobiología. Es el estudio del comportamiento social de los organismos fundado en la premisa de que dicha conducta tiene su origen en pautas genéticas.

Sociograma. Representación de las relaciones positivas y negativas o de la cantidad de intercambios entre los miembros de un grupo.

Somatización. Proceso por el cual se transforman o convierten problemas emotivos en síntomas somáticos.

Soteria. Reacción ante un determinado estímulo, del que se obtiene una sensación de protección y seguridad absurda e injustificada.

Sotérico, objeto. Objeto que proporciona una sensación de seguridad infundada.

Subconsciente. Los fenómenos englobados bajo el término de subconsciente constituyen un conjunto de procesos psíquicos o un estrato de la personalidad cuya actividad se mantiene por debajo de los niveles conscientes. Sus manifestaciones están dotadas a menudo de mayor carga y tensión que las plenamente conscientes y afloran a este nivel por medio de complejos mecanismos de desplazamiento, proyección, etc., o en forma de sueños.

Sublimación. Forma de desplazamiento en el que la energía se desvía hacia un objeto que tiene unos valores ideales. El individuo se enfrenta a conflictos emocionales y amenazas de origen interno o externo canalizando sentimientos o impulsos potencialmente desadaptativos en comportamientos socialmente aceptables (p. ej., deportes de contacto para canalizar impulsos agresivos).

Sueño. Importante experiencia psíquica que se produce mientras dormimos. Interrupción fisiológica espontánea y periódica de la actividad de la conciencia, acompañada por cambios funcionales en algunos órganos.

Sueño No-REM. Período del sueño en el que no se aprecian movimientos oculares rápidos.

Sueño REM. Período del sueño en el que se aprecian movimientos oculares rápidos.

Sugestión. Posibilidad de influir en el comportamiento de una persona. Superstición. Creencia en la existencia y eficacia de algunos fenómenos que no tienen una explicación racional.

Suicidio. Consiste en quitarse voluntariamente la vida.

Superyó. Según Freud, una de las partes de la personalidad que tiene la función de formar la conciencia moral, los ideales. Se formaría en una edad temprana asumiendo el modelo de un personaje importante con el que el niño se identifica.

Supresión. Mecanismo de defensa en que el individuo se enfrenta a conflictos emocionales y amenazas de origen interno o externo evitando intencionadamente pensar en problemas, deseos, sentimientos o experiencias que le producen malestar.

Tanatología. Es el estudio de la muerte y del proceso que lleva a ella.

Temperamento. Es la conformación reactiva de un individuo, el aspecto espontáneo de su personalidad. Procede de la combinación de disposiciones características emanadas de sus apetitos, emociones y estados de ánimo.

Tendencia central. El concepto estadístico de *tendencia central* se refiere al agrupamiento de una serie de puntuaciones en torno de una medida intermedia común.

Tic. Movimiento motor o vocalización involuntarios, súbitos, rápidos, recurrentes, no rítmicos y estereotipados.

Timidez. Tendencia por parte de la persona a sentirse incómodo, inhibido, torpe y muy consciente de sí mismo en presencia de otras personas. Esto produce incapacidad para participar en la vida social, aunque se desee hacerlo y se sepa cómo.

Tono muscular. Estado de tensión de la musculatura y de excitación, más elevado en el estado de vigilia y reducido durante el sueño.

Toxicomanía. Uso habitual y dañino de tóxicos, drogas o estupefacientes. Se acompaña generalmente de una dependencia psíquica y a veces también física.

Trance. Estado psíquico particular en el que la conciencia queda limitada y son frecuentes los estados de amnesia.

Transexualismo. Importante disforia por la identidad sexual asociada a un deseo persistente de hacerse con las características físicas y los papeles sociales que connotan el otro sexo biológico.

Transferencia. Proyección por parte del paciente de una serie de afectos y emociones inconscientes en la figura del médico.

Trastorno de la personalidad. Es un tipo de trastorno conductual que se caracteriza por provocar considerables problemas para la adaptación social. La persona que padece el trastorno de personalidad no siempre ni forzosamente se siente perturbada, pero en cambio los demás a menudo la consideran perturbadora o molesta.

Trastorno fóbico. Es una clase de trastorno mental caracterizado por temores irracionales, que el propio sujeto reconoce como exagerados e infundados.

Trastorno mental. Estado patológico que se caracteriza por confusión de ideas, perturbación emocional y conducta inadaptada. Puede tener origen orgánico o funcional.

Trastorno mental orgánico. Es aquel en el cual un estado patológico del cuerpo, en particular el cerebro y el sistema nervioso, genera una conducta inadaptada.

Trastorno obsesivo-compulsivo. Es un trastorno psíquico que se caracteriza por ideas irracionales involuntarias y por conductas repetitivas tendientes a reducir la angustia asociada con esas ideas irracionales.

Trastornos psicóticos. Graves trastornos mentales en que se pierde el contacto con la realidad y se manifiesta un comportamiento notoriamente inadaptado. Algunos de los síntomas asociados a los trastornos psicóticos son la desorganización de la personalidad, la perturbación en el pensamiento, el desequilibrio de los estados de ánimo y la presencia de delusiones y alucinaciones.

Trauma psíquico. Choque emocional que deja huella en el subconsciente.

Travestismo. Trastorno psicosexual en el que el sujeto experimenta una satisfacción erótica por vestirse con ropas del sexo opuesto.

Validez. En psicología, el concepto de validez se aplica fundamentalmente a los tests psicológicos estandarizados. Se dice que un test es válido si mide lo que se supone que debe de medir.

Vaginismo funcional. Contractura de la musculatura del tercio inferior de la vagina que impide o perturba sistemáticamente el coito.

Variable. En estadística es cualquier rasgo, atributo, dimensión o propiedad capaz de adoptar más de un valor o magnitud.

Voluntad. La facultad psíquica que tiene el individuo para elegir entre realizar o no un determinado acto. Depende directamente del deseo y la intención de realizar un acto en concreto.

Voluntad de sentido. Según el Viktor Frankl, la voluntad de sentido es el impulso innato a encontrar un significado y propósito en la propia vida.

Voyerismo. Trastorno psicosexual en el que el sujeto obtiene la excitación y el placer erótico observando clandestinamente a personas que se desvisten o están desnudas, o a parejas en actos sexuales.

Xenofobia. Fobia a las personas desconocidas.

Yo (*ego*). Según Freud, es el "principio de realidad", es consciente y tiene la función de la comprobación de la realidad, así como la regulación y control de los deseos e impulsos provinientes del Ello. Su tarea es la autoconservación y utiliza todos los mecanismos psicológicos de defensa.

Yoga. Disciplina física y mental cuyo objetivo es alcanzar la unión mística del individuo con la Totalidad, el Universo, el Gran Ser, la Conciencia Cósmica o la Deidad.

Zen. Una variedad del budismo meditativo que procura ayudar al individuo a alcanzar un estado de iluminación caracterizado por la experiencia directa de la naturaleza genuina de la realidad, sin la intermediación de abstracciones, palabras, creencias, conceptos o dualismos.

Zoofilia. Desviación de la fuente de atracción sexual, en la que la excitación se obtiene con animales.

ANEXO 15. RELAJACIÓN PROGRESIVA. PROCEDIMIENTO Y ENTRENAMIENTO EN LA RELAJACION PROGRESIVA-

1.Preparación previa : Es aconsejable que el ejercicio lo haga en un lugar tranquilo, sin excesiva luz y libre de ruidos. Evite tener prendas ajustadas de ropa o calzado, asi como reloj o pulseras que le ajusten. No lo haga después de las comidas, espere al menos dos horas después de cada comida para hacerlo.Sientese en una silla o sillón comodo, o recuestese en un sofá o cama boca arriba, con ambos brazos paralelos a su cuerpo. Si lo hace sentado, ponga las pies apoyados en el suelo, las manos sobre sus nalgas y deje los hombros tan caidos como pueda, cierre los ojos mientras hace el ejercicio (aunque si tiene alguna dificultad, puede dejarlos abiertos, aunque en este caso es aconsejable que mire un objeto o cuadro que tenga cercano). Recuerde también que mientras no tenga cierto dominio sobre la relajación no la aplique en situaciones donde se encuentre muy nervioso, pues podria fracasar y desmotivarse demasiado pronto. Al igual que cuando alguién está aprendiendo a jugar al tenis, si juega con alguién mas experto perderá, y es deseable que vaya paso a paso, haga usted lo mismo con la relajación; no la aplique a situaciones dificiles, al menos hasta tener un adecuado dominio de ella.

2.Ejercicio: "Cierre los ojos (Puede dejarlos abiertos si está mas comodo/a). Comienze inspirando el aire por su nariz y dirigalo hacia la parte baja de su vientre, no lo suelte aún....cuente mentalmente de manera lenta.....1....2....3, y suelte el aire suavemente entre sus labios.

Vuelva a repetir esta respiración unas cuatro veces más.....Ahora comencemos a recorrer los principales musculos del cuerpo que se pueden poner en tensión y a prender a soltar la tensión acumulada en ellos. Comenzemos por la cabeza. Suba sus cejas todo lo que pueda hacia arriba.....

mantengalas subidas.....note la tensión tan molesta y desagradable que se produce en su frente, sienes y zonas cercanas a su nariz..note la tensión tan molesta.....ahora suavemente, deje caer lentamente sus cejas hacia la posición inicial....note lo agradable que resulta liberarse de esa tensión.. ..inspire aire por su nariz hacia la parte baja del vientre, retenga el aire....cuente lentamente 1.. .2.. ..3.. ... ahora suelte el aire suavemente entre sus labios y repitase mentalmente las palabras.... "Tranquilo/a.....Relajado/a".... .Continue respirando asi unas cuatro veces más.....Ahora apriete fuertemente sus parpados contra sus ojos..... note la tensión tan molesta y desagradable que se produce en los parpados, los ojos y la zona cercana a la nariz y frente. ..tensión molesta y desagradable ....ahora, suavemente, suelte esos musculos...note como desaparece la tensión...lo agradable que resulta liberarse de ella.

Vuelva a inspirar aire por su nariz hacia la parte baja de su vientre....retenga el aire...cuente lentamente mentalmente.....1 ..... 2..... 3, suelte el aire suavemente entre sus labios , y repitase pensando las palabras "Tranquilo/a....Relajado/a...." . Usted cada vez está consiguiendo estar más tranquilo.....más relajado...continue respirando de esta manera unas cuatro veces más ..... ahora abra los orificios de su nariz tanto como pueda...note la tensión tan molesta en el puente de la nariz, las mejillas...tensión molesta y desagradable....mantengala.....y ahora suavemente suelte esa tensión....liberese de ella.....note lo agradable que resulta tener esos musculos sueltos y relajados.....inspire aire por su nariz hacia la parte baja de su vientre, retengalo, cuente..1.....2....3.... y sueltelo suavemente entre sus labios..pensando en las palabras....."Tranquilo/a....Relajado/a" ....continue respirando de esta manera cuatro veces más.....ahora tire de las comisuras o extremos de los labios, como si forzara una sonrisa, todo lo que pueda.....mantenga esa tensión... note lo desagradable que resulta..la tensión en su mandibula y labios.....y ahora, suavemente...sueltela.... note lo agradable que resulta soltar esa tensión.....respire profundamente de la manera indicada.... tomando el aire por su nariz hacia la parte baja del vientre....cuente de 1 a 3 lentamente y sueltelo suavemente entre sus labios, repitiendose las palabras .."Tranquilo/a ....Relajado/a...."....repita esta respiración cuetro veces más.....ahora aprite fuertemente sus dientes superiores contra los nferiores....mantenlos apretdos.....ahora sueltalos, librate de la tensión acumulada en esa zona....disfruta del estado de relajación cada vez mayor.....repitete mentalmente..respire como viene haciendolo....repitete mentalmente..."Tranquilo/a.....Relajado/a".....y ahora inclina la cabeza hacia adelante todo lo que puedas.....mantenla ahi....nota la

tensión en el cuello,garganta y nuca...tensión molesta.....que ahora suavemente sueltas..... "Tranquilo/a ...y Relajado/a".....toma el aire por tu nariz hacia la parte baja del vientre....cuentas..1.....2....3..... y lo sueltas suavemente entre tus labios.....sigues repitiendo esta respiración cuatro veces más..... y ahora inclinas la cabeza hacia atrás todo lo que puedas..... mantenla asi un momento, nota la tensión molesta en el cuello y nuca....ahora sueltala.....vueleve la cabeza a su posición inicial.....liberate de la tensión....."Tranquilo/a y Relajado/a".....respira profundamente..... cuenta hasta tres y suelta el aire entre tus labios..... continua ahora subiendo los hombros hacia arriba todo lo que puedas...nota la tensión en esa zona...tensión molesta que ahora vas a soltar ...liberate de la tensión....."Tranquilo/a.....Relajado/a".....respiras profundamente de la misma manera..... repite la respiración cuatro veces más..... y ahora dobla los codos todo lo que puedas.....nota la tensión en esa zona.....suelta la tensión.....deja las manos sobre las nalgas.....te has liberado de la tensión acumulada..... "Tranquilo/a.... Relajado/a"..... respiración profunda y tranquila como vienes haciendolo..... repitela cuatro veces más.....y ahora ..aprieta el pecho hacia fuera,...sacando pecho.....nota la tensión en esa zona... zona....ten zona...tensión molesta.....si tensión molesta.....suelta la tensión acumulada....."Tranquilo/a... .Relajado/a"....te liberas de la tensión.....y respiras lenta y profundamente.....y repites esta respiración cuatro veces mas....suavemente.....cada vez estás mas y mas relajado/a.....ahora aprieta el estómago hacia dentro todo lo que puedas.....nota la tensión en esa zona.....tensión molesta.....que ahora sueltas.....te liberas de la tensión....."Tranquilo/a y Relajado/a".....respiras profundamente.....cuatro veces más.....ahora levanta tu brazo derecho como si golperas al frente con el puño cerrado.....nota la tensión en el hombro codo, antebrazo, mano,palma de la mano y dedos.....libera esa tensíón..deja caer lentamente la mano hacia la nalga..... te liberas de la tensión..... "Tranquilo y Relajado/a".....respiración profunda.....el aire hacia la parte baja del vientre... cuentas..1...2...3..y lo sueltas suavemente entre tus labios..... repites cuatro veces esta respiración..... y ahora haz lo mismo con el brazo izquierdo...lo levantas hacia el frente, con le puño cerrado..... tensión molesta en el hombro...codo,antebrazo...muñeca.....mano...dedos.....y ahora sueltas esa tensión...te liberas de ella....."Tranquilo/a...Relajado/a...."...respiras profundamente ...y repites esa respiración cuatro veces más..... ahora levantas la piena derecha..todo lo que puedas..y tiras de la punta de los dedos

hacia dentro..como si quisieras tocarte la rodilla con los dedos del pié.....tensión molesta.....que ahora sueltas....te liberas de ella..... "Tranquilo/a...y Relajado/a"... respiración profunda.... cada vez más tranquilo/a y relajado/a.....repites esa respiración cuatro veces más..... ahora levanta la pierna izquierda de la misma manera.....coso si quisieras tocarte con los dedos la rodilla.. tirando del empeine hacia la rodila.....tensión molesta..... que ahora liberas... dejando la pierna caer suavemente..... "Tranquilo/a.....Relajado/a....".. respiración lenta y profunda..... disfruta de un completo estado de relajación y tranquilidad..... ..... relajación..... tranquilidad .... relajación..... ..... tranquilidad..... tu mismo lo has hecho. ... . y con práctica.....lo harás..... mejor .... y mejor..... tranquilidad..... ..... relajación..... .... y ahora lentamente..... toma aire por tu nariz.....hacia la parte baja del abdomen..... .....y la sueltas suavemente por tu voca.....cada vez que lo hagas contaras de 10 hasta 0..... .....10..... .....9.....8.. .....7.....6..... .....5.....abre los ojos.....4.....3.....2..... .....1.....puedes incorporate.....el ejercició ha terminado.

BIBLIOGRAFÍA DEL AUTOR.

LIBROS

Delgado, S; **Esbec, E**; Rodríguez-Pulido, F; Gonzalez de Rivera, JL (1994). Psiquiatría Legal y Forense (2 vol). Colex. Madrid

Esbec E, Gomez Jarabo G (2000): **Psicología Forense y tratamiento jurídico-legal de la discapacidad**. Edisofer
ISBN: 84-89493-36-7

Graña, JL; **Esbec, E**. (en prensa): **Fundamentos de psicología Legal y Forense**. Pirámide.

CAPITULOS DE LIBROS

Esbec, E (1994). **La Paranoia y su relevancia penal**. En L Ortega-Monasterio y cols (Coords): **Aspectos psiquiátrico-forenses de las psicosis.** PPU. Madrid (ISBN: 84-477-0374-x).

Codón, JM; **Esbec, E** (1994). **Psiquiatría legal y forense: introducción histórica y epistemológica**. En S. Delgado, E. Esbec, F. Rodríguez y J. L. González de la Rivera (Eds.). **Psiquiatría legal y forense.** Vol. I. Colex, Madrid.
ISBN: 84-7879-189-2

Esbec, E; Delgado S (1994). **Imputabilidad: Concepto y perspectivas. la imputabilidad de los Trastornos mentales**. En S. Delgado, E. Esbec, F. Rodríguez y J. L. González de la Rivera (Eds.). **Psiquiatría legal y forense.** Vol. I. Colex, Madrid.
ISBN: 84-7879-189-2

Esbec, E (1994). **La exploración de la Personalidad en psiquiatría Forense**. En S. Delgado, E. Esbec, F. Rodríguez y J. L. González de la Rivera (Eds.). **Psiquiatría legal y forense.** Vol. I. Colex, Madrid.
ISBN: 84-7879-189-2

Esbec, E (1994). **El trastorno delirante y el Proceso penal**. En S. Delgado, E. Esbec, F. Rodríguez y J. L. González de la Rivera (Eds.). **Psiquiatría legal y forense.** Vol. I. Colex, Madrid.
ISBN: 84-7879-189-2

Delgado, S; **Esbec, E;** Rodríguez, F (1994). **Simulación en Psiquiatría Forense: Aspectos generales y detección**. En S. Delgado, E. Esbec, F. Rodríguez y J. L. González de la Rivera (Eds.). **Psiquiatría legal y forense.** Vol. I. Colex, Madrid.
ISBN: 84-7879-189-2

Esbec, E; Delgado, S; Rodríguez, F (1994). **La investigación retrospectiva de la muerte: La autopsia Psicológica.** En S. Delgado, E. Esbec, F. Rodríguez y J. L. González de la Rivera (Eds.). **Psiquiatría legal y forense.** Vol. I. Colex, Madrid.
ISBN: 84-7879-189-2

Delgado, S; **Esbec, E**; Santana, R (1994). **Tablas Periciales sobre drogodependencias**: A modo de Introducción. En S. Delgado, E. Esbec, F. Rodríguez y J. L. González de la Rivera (Eds.). **Psiquiatría legal y forense.** Vol. II. Colex, Madrid.
ISBN: 84-89493-36-7

Esbec, E (1994). **Victimas de delitos violentos: Victimología General y Forense**. En S. Delgado, E. Esbec, F. Rodríguez y J. L. González de la Rivera (Eds.). **Psiquiatría legal y forense.** Vol.II. Colex, Madrid.
ISBN: 84-89493-36-7

Esbec, E (1994). **Daño psíquico y su reparación en víctimas: Una línea general de investigación. Los Centros de Ayuda**. En S. Delgado, E. Esbec, F. Rodríguez y J. L. González de la Rivera (Eds.). **Psiquiatría legal y forense.** Vol.II. Colex, Madrid.
ISBN: 84-89493-36-7

Esbec, E (1997). **Exigencias en la apreciación forense de las toxicomanías y valoración psicológico-forense de una muestra de personas en expectativa de juicio en la Audiencia provincial de Madrid que alegan DDP**. VI Congreso de la Sociedad española de toxicomanías. Libro de ponencias. Santander.

Esbec, E; Delgado S (1998). **Aspectos periciales de la prodigalidad: juego y ludopatía**. En: J Albarrán (coord.): **Peritaje psicológico en procedimientos civiles y laborales**. Fundación Universidad Empresa.
ISBN: 84-7842-167-X

Esbec, E; Gomez-Jarabo G (1999): **Perfil clínico del violento**. En G Gomez-Jarabo (ed): **Violencia, antítesis de la agresión**. Promolibro.
ISBN: 84-7986-292-0

Graña, Jl; **Esbec, E**; Muñoz Rivas, M (1999): **Evaluación psicológica en drogodependencias**. En J Cabrera Forneiro: **Medicina legal en drogodependencias**. Comunidad de Madrid, Agencia Antidroga
ISBN: 84-8174-494-8

Esbec, E (2000): **El psicólogo forense y la prueba pericial psicológica.** En E Esbec, G Gomez-Jarabo (eds): **Psicología forense y tratamiento jurídico-legal de la discapacidad.** Edisofer
ISBN: 84-89493-36-7

Esbec, E (2000): **El psicólogo experto en la investigación criminal.** En E Esbec, G Gomez-Jarabo (eds): **Psicología forense y tratamiento jurídico-legal de la discapacidad.** Edisofer
ISBN: 84-89493-36-7

Esbec, E (2000): **El psicólogo forense en el proceso penal.** En E Esbec, G Gomez-Jarabo (eds): **Psicología forense y tratamiento jurídico-legal de la discapacidad.** Edisofer
ISBN: 84-89493-36-7

Esbec, E (2000): **El psicólogo en el proceso civil.** En E Esbec, G Gomez-Jarabo (eds): **Psicología forense y tratamiento jurídico-legal de la discapacidad.** Edisofer
ISBN: 84-89493-36-7

Esbec, E (2000): **El psicólogo en los procesos social, militar, eclesiástico y contencioso-administrativo.** En E Esbec, G Gomez-Jarabo (eds): **Psicología forense y tratamiento jurídico-legal de la discapacidad.** Edisofer
ISBN: 84-89493-36-7

Esbec, E, Gomez-Jarabo G (2000): **El método en psicología forense.** En E Esbec, G Gomez-Jarabo (eds): **Psicología forense y tratamiento jurídico-legal de la discapacidad.** Edisofer
ISBN: 84-89493-36-7

Esbec, E, Gomez-Jarabo G (2000): **Psicopatología forense: Valoración y repercusiones forenses de los trastornos mentales.** En E Esbec, G Gomez-Jarabo (eds): **Psicología forense y tratamiento jurídico-legal de la discapacidad.** Edisofer
ISBN: 84-89493-36-7

Gomez-Jarabo, G; **Esbec, E;** Nevado C (2000): **Marco Jurídico-legal de la discapacidad.** En E Esbec, G Gomez-Jarabo (eds): **Psicología forense y tratamiento jurídico-legal de la discapacidad.** Edisofer
ISBN: 84-89493-36-7

Esbec, E (2001): **Personalidad: Concepto, principales teorías, evaluación y repercusiones clínico-forenses.** EN: Plan de Formación continuada para médicos forenses. CENTRO DE ESTUDIOS JURÍDICOS DE LA ADMINISTRACIÓN DE JUSTICIA
NIPO: 053-01-012-8

Esbec, E (2002): **Evaluación psicológica de la víctima: Avances en victimología general y forense.** EN: Cerebro y Salud Mental. Fundación MAPFRE MEDICINA. Madrid
ISBN: 84-7100-761-4

Esbec, E (2004): **La prueba pericial en el proceso de incapacitación.** EN: Revisión de los procedimientos relativos a la incapacitación. Fundación AEQUITAS. Madrid
ISBN: 84-609-3564-7

Esbec, E (en prensa): **Violencia y Trastorno mental.** EN: Publicación del Consejo General del poder Judicial

ARTÍCULOS CIENTÍFICOS PUBLICADOS

Esbec, E (1990). **Asfixia y muerte en Transportadores de cocaína (boddy Packer): a propósito de un caso**. **Revista Española de medicina legal,** 42: 23-28.

Esbec, E (1992). **Marcadores psicológicos en psiquiatría forense**. **Revista Española de medicina legal,** 70-71: 63-86.

Esbec, E (1996). **Comorbilidad y efecto patoplástico de los trastornos de la personalidad. Repercusiones forenses. Revista Española de Psiquiatría Forense, Psicología Forense y Criminología, 0,** 16-24.

Esbec, E (1996). **Comentarios victimológicos a la Ley 35/95 de ayuda a las víctimas de delitos violentos y contra la libertad sexual**. **Revista Española de Psiquiatría Forense, Psicología Forense y Criminología, 0,** 55-62.

Esbec, E; Amador, I (1997). **La intervención breve estratégica "MRI" en el entorno forense**. **Revista Española de Psiquiatría Forense, Psicología Forense y Criminología,** 1: 61-68.

Esbec, E (1997). **Tratamiento psico-legal de las discapacidades psíquicas postraumáticas**. **Revista Española del daño corporal**, III, 5, 45-55.

Esbec, E (1997). **Las discrepancias científicas ante los tribunales de Justicia**. **Revista Española de Psiquiatría Forense, Psicología Forense y Criminología, 2,** 65-67.

Esbec, E (1998). **Examen de la personalidad en el proceso de incapacitación**. **Revista Española de Psiquiatría Forense, Psicología Forense y Criminología, 4,** 7-24.

Esbec, E, Gomez-Jarabo G (1999). **Signos de sospecha en la simulación de los trastornos mentales Revista Española de Psiquiatría Forense, Psicología Forense y Criminología, 4,** 7-24.

Muñoz Rivas, MJ; Andreu, JM; Graña, JL; **Esbec, E**; Peña, ME (1999): **Alcohol y tabaco: prevalencias de consumo en adolescentes de la comunidad de**

Madrid. **Revista Española de Psiquiatría Forense, Psicología Forense y Criminología, 8,** 11-18.

Hebrero, A; **Esbec, E** (1999): **Nuevas perspectivas de tratamiento con olanzapina en los trastornos de la personalidad**. **Revista Española de Psiquiatría Forense, Psicología Forense y Criminología, 8,** 83.

Esbec, E; Gomez-Jarabo, G (1999). **Violencia y delincuencia: una visión psicopatológica y social**. **Psicopatología**, 19, 51-57

Esbec, E; Fernández-Sastrón O (2001). **Aspectos psicopatológicos de la agresión sexual. Antecedentes y una revisión sobre las nuevas tendencias**. **Psicopatología clínica, legal y forense**, 1 (0): 35-57

Fernández-Sastrón, O; Fibla, G; Graña, JL; **Esbec, E** (2000). **Relevancia del análisis Cognitivo-Conductual en la valoración de la imputabilidad en Drogodependencias. Estudio de un caso. Psicopatología clínica, legal y forense**, 1 (0): 103-112

Esbec, E; Graña, JL (2000): **El impacto psíquico en los accidentes**. En OTROSI (revista del Colegio de Abogados de Madrid), 14, 28-30

Esbec, E; Graña, JL (2000): **La prueba pericial psicológica en el proceso canónico**. En OTROSI (revista del Colegio de Abogados de Madrid), 16, 24-30

Esbec, E; Fernández-Sastrón O (2001).**Una panorámica de los cambios efectuados en el DSM-IV (DSMIV_TR)**. **Psicopatología clínica, legal y forense**, 1 (2): 103-112

Esbec, E; Graña JL (2000). **El impacto psíquico en los accidentes**. En OTROSI (revista del Colegio de Abogados de Madrid), 14, 28-30

Esbec, E; Graña, JL (2000). **La prueba pericial psicológica en el proceso canónico**. En OTROSI (revista del Colegio de Abogados de Madrid), 16, 24-30

Esbec, E (2003). Valoración de la peligrosidad criminal (riesgo-violencia) en psicología forense. Aproximación conceptual e histórica. **Psicopatología clínica, legal y forense,** 3 (2): 45-64

Esbec, E; Fernández-Sastron, O (2003). Valoración de la peligrosidad criminal (riesgo-violencia) en psicología forense. Instrumentos de evaluación y perspectivas. **Psicopatología clínica, legal y forense,** 3 (2): 65-90