

VII JORNADAS DE ATIP 2012

VII JORNADAS  
DE ATIP  
ALMAGRO  
2012

COMPARTIENDO  
CONOCIMIENTO  
¿ES POSIBLE UNA  
INTERVENCION  
PROFESIONAL?



EN BLANCO

EN BLANCO

VII  
JORNADAS DE  
**ATIP**  
ALMAGRO  
2012

EDITA COMISIÓN DE ESTUDIOS DE ATIP

PRESIDENTE

*José Manuel Bermudo Castellano*

VOCALES

*Clara Bascones García-Moreno*

*Jesús Cáceres García*

*Josefina García-Camacho*

*Óscar Herrero Mejías*

*Carolina López Magro*

*Francesca Melis Pont*

*José Sánchez Isidoro*

## ÍNDICE

PRESENTACIÓN .....	7
EL FUTURO DE LA CÁRCEL Y LA CÁRCEL DEL FUTURO. EL HORIZONTE DEL SISTEMA PENITENCIARIO ESPAÑOL. <i>Javier Nistal Burón</i> .....	9
EL DSM-5 Y LAS POSIBLES REPERCUSIONES DE SU INTRODUCCIÓN EN LA PRÁCTICA CLÍNICA CON ESPECIALMENTE ATENCIÓN AL ÁMBITO DE LAS TOXICOMANÍAS <i>Gabriel Rubio, Isabel Martínez-Gras y Guillermo Ponce</i> .....	33
DROGAS DE ABUSO: ANÁLISIS Y DETECCIÓN. INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS <i>Esperanza Ortiz Jiménez</i> .....	41
LA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA FORENSE DEL DAÑO PSÍQUICO <i>José Manuel Muñoz Vicente</i> .....	49
TRATAMIENTO DE LAS VÍCTIMAS DE DELITOS VIOLENTOS <i>Mónica Pereira Dávila</i> .....	69
NEUROIMAGEN Y PSICOPATÍA. <i>César Ávila</i> .....	85
EVALUACIÓN DE LA PSICOPATÍA MEDIANTE LA PCL-R DE HARE: APLICACIONES EN EL ÁMBITO PENITENCIARIO <i>Rafael Torrubia Beltri</i> .....	97

LA EVALUACIÓN Y EL DISEÑO DE PROGRAMAS DE TRATAMIENTO  
BASADOS EN LA EVIDENCIA.

*Juan Antonio Moriana* ..... 113

REFLEXIONES EN TORNO AL SISTEMA DE PENAS Y MEDIDAS ALTERNATIVAS.

*M<sup>a</sup> Gracia Rúperez Paracuellos* ..... 125

SER MUJER.ES, UNA CRÓNICA DESDE VALENCIA

*Susana Martín Alvarado, Gloria Esther Remacha García, Paloma Martín Solar* ..... 139

REINSERCIÓN EN EL CENTRO DE INSERCIÓN  
SOCIAL “GUILLERMO MIRANDA”-MURCIA

*Sofía Álvarez González, Jesús J. García Jiménez* ..... 153

## PRESENTACIÓN

Durante los días 24 al 26 de octubre de 2012 han tenido lugar las Jornadas de la Asociación de Técnicos de Instituciones Penitenciarias (ATIP), ya en su séptima edición. Se han celebrado en nuestra sede habitual: el Centro de formación del Palacio de los Condes de Valdeparaiso, en Almagro (Ciudad Real) y bajo el lema *Compartiendo conocimiento ¿Es posible una intervención profesional*. El texto que ahora les presentamos recoge los trabajos expuestos en unas Jornadas que responden a la consideración de las actividades de formación como un fin prioritario de la Asociación y siempre pretendiendo profesionalizar al máximo el trabajo desarrollado día a día por el funcionariado del Cuerpo Superior de Técnicos de Instituciones Penitenciarias.

El programa de las Jornadas, índice de este libro, es el resultado del trabajo de la Comisión de Estudios, encargada de su preparación y organización, teniendo en cuenta las aportaciones y sugerencias que hemos solicitado y nos han hecho llegar los asociados. La Comisión de estudios comparte pues la elaboración del programa definitivo con un grupo más amplio de compañeros (incluyendo el hecho de que en esta edición las aportaciones jurídicas han sido menores que las estrictamente psicológicas).

Como en ocasiones anteriores, la convocatoria ha reunido un grupo inquieto de profesionales. Quienes no pudieron estar en esta ocasión en Almagro podrán comprobar la calidad de las ponencias y mesas redondas. De la motivación y alta participación damos fe. Lo que no es posible plasmar en este Libro es el intercambio, no escrito, de impresiones y experiencias relacionadas con nuestra vida profesional, la búsqueda de una base sólida y consensuada sobre la que trabajar en los equipos, directivos y de tratamiento, en un clima relajado y facilitador.

En las Jornadas, tras la conferencia de apertura del Subdirector General de Tratamiento y Gestión Penitenciaria, se trataron temas como el análisis y detección de drogas de abuso y la interpretación de resultados, las víctimas de delitos violentos desde una perspectiva forense, los últimos avances en neuroimagen y psicopatía, o algunas reflexiones en torno al sistema de penas y medidas alternativas.

En la ponencia sobre el DSM-5, el psiquiatra D. Gabriel Rubio Valladolid, nos anticipó los cambios que se presentarán en la nueva edición de la clasificación de los trastornos

mentales de la APA, los cuales están resultando bastante polémicos, pues hasta el momento, de todas las ediciones del DSM, esta es la que está siendo más controvertida.

D. Juan Antonio Moriana Elvira, nos introdujo en el área de la intervención psicológica basada en la evidencia, que supone validar y utilizar en consecuencia aquellos tratamientos que han probado su eficacia para según qué tipo de trastornos o problemas psicológicos, con un apoyo científico de los resultados y un método de trabajo riguroso y de calidad con imprescindibles evaluaciones del proceso y de los resultados.

Los aspectos jurídicos han tenido menor presencia que en otras ocasiones, pero nos pareció interesante introducir un espacio para mayor conocimiento y reflexión sobre el Sistema de Penas y Medidas Alternativas, especialmente a raíz de las reformas introducidas por la Ley 5/2010 de 22 de junio de reforma del Código Penal y del RD 840/2011 de 17 de junio, cobrando especial interés algunas modificaciones en la regulación de la pena de Trabajo en Beneficio de la Comunidad, de algunas Medidas de Seguridad y en la introducción de la Libertad Vigilada Post penitenciaria.

Hemos contado también con representantes del mundo más académico y científico, que nos han aportado datos acerca de los últimos avances en el campo de la evaluación de la psicopatía y de las bases cerebrales de este trastorno.

Recogemos igualmente dos experiencias profesionales concretas y bien trabajadas de dos centros: el Centro de Inserción Social Guillermo Miranda de Murcia y el Centro Penitenciario de Valencia, que generosamente expusieron en este encuentro.

Confiamos en que el contenido de esta publicación aporte material de valor para ser trabajado y discutido en el ámbito penitenciario, enriqueciendo nuestro quehacer diario, y sirvan nuevamente como documentos de formación y orientación para las futuras generaciones del Cuerpo Técnico y de actualización para el resto.

Sirvan por último estas líneas para animar nuevamente a la participación en próximas jornadas, que seguiremos manteniendo con periodicidad bianual como punto de encuentro del quehacer profesional penitenciario.

LA COMISIÓN DE ESTUDIOS

## EL FUTURO DE LA CÁRCEL Y LA CÁRCEL DEL FUTURO. EL HORIZONTE DEL SISTEMA PENITENCIARIO ESPAÑOL

Javier Nistal Burón  
Subdirector General de Tratamiento y gestión penitenciaria

***Resumen:** Desde los años 70 del pasado siglo XX, existe una crítica generalizada respecto de la función de las prisiones en la sociedad actual como modo de cumplir el objetivo que tienen encomendado. Sin embargo, la permanente supervivencia de esta pena desde que se instauró a finales del Siglo XVIII, viene demostrando que no existen alternativas a este modelo de castigo, ni a corto ni a medio plazo, y quizás tampoco a largo plazo, particularmente para quien ha cometido delitos especialmente graves. ¿Seguirá siendo la prisión el principal referente del castigo penal en el futuro? A este interrogante pretende dar contestación el autor de este artículo.*

### SUMARIO:

#### I.- INTRODUCCIÓN.

#### II.- EL PASADO DEL SISTEMA PENITENCIARIO ESPAÑOL.

#### III.- EL PRESENTE DEL SISTEMA PENITENCIARIO ESPAÑOL.

- 1.- Antecedentes.
- 2.- Del sistema "progresivo" al sistema de "individualización científica".
  - 2.1.- Bases legales del actual sistema penitenciario.
  - 2.2.- Características del actual sistema penitenciario.
- 3.- La evolución del sistema penitenciario desde el año 1979 hasta el momento actual.

#### IV.- EL FUTURO DEL SISTEMA PENITENCIARIO.

- 1.- Consideraciones previas.
- 2.- Estrategias diferenciales para un futuro.
  - 2.1.- Reducción del ámbito de aplicación, ofreciendo alternativas.
    - 2.1.1.- La vía de la suspensión y la sustitución.
    - 2.1.2.- Otras alternativas.
  - 2.2.- Transformación de la pena privativa de libertad en una pena no carcelaria.
    - 2.2.1.- El cumplimiento de la pena en semilibertad.
    - 2.2.2.- El cumplimiento de la pena mediante vigilancia electrónica.
- 3.- La cárcel del futuro.
  - 3.1.- Valoración general.
  - 3.2.- Valoraciones concretas.
    - 3.2.1.- Por lo que se refiere a su estructura.
    - 3.2.2.- Por lo que se refiere a su gestión.
    - 3.2.3.- Por lo que se refiere a su funcionamiento.
      - 3.2.3.1.- La cárcel como modelo alternativo de socialización.
      - 3.2.3.2.- La cárcel como espacio terapéutico.
      - 3.2.3.3.- La cárcel como espacio de responsabilización respecto de la conducta infractora.

#### V.- CONCLUSIONES.

#### BIBLIOGRAFÍA

#### I.- INTRODUCCIÓN.

Entendemos por sistema penitenciario la organización general que se adopta en un determinado país, para la ejecución de las sanciones penales privativas de libertad. Esta organización conforma el modo y manera de hacer efectivo el cumplimiento de la condena impuesta por los Tribunales, tanto en lo relativo a la duración de la pena -aspecto cuantitativo- como al contenido de la misma -aspecto cualitativo-.

Nuestro legislador en el año 1979, al aprobar la Ley penitenciaria 1/1979 de 26 de septiembre (LOGP), en la Exposición de motivos de la referida ley decía que las prisiones son un mal necesario y, no obstante, la indiscutible crisis de las penas de privación de libertad, previsiblemente habrán de seguir siéndolo por mucho tiempo. Añade dicha exposición de motivos lo siguiente. “Los cambios de las estructuras sociales y de los regímenes políticos determinarán, sin duda, modificaciones esenciales en la concepción y realidad sociológica de la delincuencia, así como en las sanciones legales encaminadas a

su prevención y castigo, pero es difícil imaginar el momento en que la pena de privación de libertad, predominante hoy día en los ordenamientos penales de todos los países pueda ser sustituida por otra de distinta naturaleza, que, evitando los males y defectos inherentes a la reclusión, pueda servir, en la misma o en mayor medida, a las necesidades requeridas por la defensa social.

En esta misma línea imaginativa, que marcaba el legislador del año 1979 -hace ya más de treinta años- pretendemos abordar, en el presente trabajo, el futuro de la cárcel y con ello la cárcel del futuro, si es que en ese futuro va a seguir estando presente esta modalidad de castigo.

Hacer algún tipo de predicción sobre “la cárcel del futuro” significa dar por sentado, que en el futuro seguirá habiendo cárceles. Pensar así, implica asumir el encargo de predecir cómo puede ser la mejor cárcel para el nuevo milenio, siendo conscientes de que esta postura no supone otra cosa, que consagrar la realidad actual y augurar un prometedor porvenir a la cárcel. Por su parte, hacer predicciones sobre “el futuro de la cárcel” es intentar valorar si este modelo de institución sancionadora fundamental del sistema penal desde su implantación a finales del Siglo XVIII, puede tener algún futuro. Es decir, si seguirá existiendo en el futuro la cárcel tal y como la conocemos hoy en día, puesto que si la cárcel como modelo de castigo de la actividad delictiva tuvo su origen en un momento histórico determinado, por una serie de circunstancias concretas, podría llegar, de la misma forma, a tener también un final.

Teniendo en cuenta que cualquier conocimiento del saber humano se encuentra, intrínsecamente, relacionado con una experiencia que lo precede -de lo que ha pasado se pueden sacar las consecuencias de lo que pueda pasar-, conviene precisar, que realizar un análisis prospectivo sobre el futuro del sistema penitenciario, teniendo en cuenta que no disponemos de herramientas mágicas para hacerlo exige, necesariamente, indagar sobre el pasado y el presente que nos toca vivir, sólo después de rastrear por lo que ha ocurrido antes de ahora y lo que parecen ser las tendencias fundamentales que se dan cita en el momento actual, podemos intentar, aunque sea de forma titubeante, atisbar cuáles podrían ser los posibles escenarios de un tiempo venidero y ello con todas las cautelas y precauciones que podamos imaginar.

#### II.- EL PASADO DEL SISTEMA PENITENCIARIO ESPAÑOL.

La cárcel no ha sido un fenómeno duradero e inmutable en el tiempo -no ha existido siempre-. Podemos afirmar que hasta el siglo XVIII la reacción penal quedaba reducida fundamentalmente a las penas capitales, corporales e infamantes. Suprimidas éstas penas y abolida, o muy restringida la aplicación de la pena de muerte, los modernos siste-

mas penales, se estructuran fundamentalmente, sobre la base de las penas privativas de libertad, entendidas en sentido puro, como el internamiento del penado en un establecimiento penitenciario, donde, privado de libertad, permanece sujeto a un régimen organizado de vida, normalmente con la obligación de trabajar. De esta manera, formalmente, comenzó la era de la prisión, que constituyó un invento norteamericano de los cuáqueros colonizadores de Pennsylvania en la última década del siglo XVIII, como una sanción punitiva, que al ser una alternativa socialmente humana en la impartición de justicia, que vino a sustituir la brutalidad de las penas impuestas a los criminales de la época, llamó la atención del resto del mundo, por lo que también fue copiada en los demás países, llegando a conseguir la hegemonía de la que goza actualmente en todos los países civilizados.<sup>1</sup>

Esta nueva modalidad punitiva exigía una organización específica para el cumplimiento de la misma, que es lo que se denomina sistema penitenciario, que hasta este momento no había sido necesario, dada la naturaleza de las penas a las que sustituye - capitales, corporales e infamantes-.

Los sistemas penitenciarios surgen pues con el nacimiento de la pena privativa de libertad a finales del siglo XVIII, desenvolviéndose lentamente hasta los albores del siglo XIX, en el que ya podemos hablar de la irrupción en el universo penal de los grandes sistemas penitenciarios: el Filadélfico o Pensilvánico, el Auburniano, el Progresivo y el Reformatorio.

El Sistema Filadélfico o Pensilvánico, se caracterizaban por un régimen de vida de aislamiento celular completo diurno y nocturno de los presos, no se realizaba ningún trabajo, pues se consideraba que esto podía distraer a los reclusos de su recogimiento y arrepentimiento, que era el objetivo fundamental de este sistema. El Sistema Auburniano, por el contrario, sí que permitía la vida en común durante el día bajo la regla del silencio y establecía el aislamiento nocturno. Y el Sistema Progresivo, que se caracterizaron por dividir el tiempo de cumplimiento de condena en diferentes períodos o fases, las cuales si se iban superando permitían salir antes en libertad. Todos estos sistemas penitenciarios pretenden la reforma y corrección del penado: los dos primeros bajo las ideas del aislamiento y separación para evitar el contagio moral, el tercero bajo la idea de la evolución positiva del penado. Sobre las ideas de este último descansaban los sistemas reformatorio –el de la Prisión de Elmira (Nueva York) es el primer referente- por los que se pretendía la educación para la vida en libertad, que se combinaba con el sistema de la pena indeterminada.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Los antecedentes de esta pena privativa de libertad es una idea de mediados del siglo XVI y comienzos del siglo XVII la de edificar las “casas de trabajo o casas disciplinarias” para vagabundos o mendigos, que se transformaron en centros para delincuentes, pobres, huérfanos y enfermos a lo largo del siglo XVII.

<sup>2</sup> TÉLLEZ AGUILERA, Abel Los sistemas penitenciarios y sus prisiones. Derecho y realidad, Edisofer, Madrid, 1998.

De todos estos sistemas penitenciarios, el de mayor raigambre europea fue el Sistema Progresivo, que en España fue ensayado en el Penal de Valencia por el Coronel Montesinos en el año 1836,<sup>3</sup> El sistema progresivo fue adoptado en España en el artículo 84 del Código Penal de 1944, y estuvo vigente en nuestra legislación, en teoría, hasta la derogación del Código Penal de 1973 en la fecha del 24 de mayo de 1996.<sup>4</sup>

Los sistemas progresivos se caracterizan por un denominador común, que es el de ir disminuyendo la intensidad de la pena, estableciendo fases durante el cumplimiento de la misma, cada una de esas fases con un distinto régimen de vida, que van evolucionando hacia estadios más próximos a la libertad.<sup>5</sup> Precisamente, de estos sistemas progresivos deriva el actual sistema penitenciario español denominado de “individualización científica”, que se implanta con la Ley orgánica general penitenciaria 1/1979, de 26 de septiembre. La diferencia con el sistema progresivo radica en que aquel -el progresivo- está basado en unos criterios rígidos, que exigen el transcurso automático de un tiempo mínimo para el acceso de unas fases a otras de las que componen el sistema. Por el contrario, el sistema de individualización parte del principio básico de la no existencia de diferencias en los métodos de tratamiento según las fases pues aquellos -los métodos- no están en función de éstas - las fases- sino de las circunstancias personales de cada interno.

### III.- EL PRESENTE DEL SISTEMA PENITENCIARIO ESPAÑOL.

En España, el presente del sistema penitenciario comienza con la reforma penitenciaria, que se inicia en la transición democrática de finales de la década de los años setenta del

<sup>3</sup> El propio Montesinos explicaba en su obra “Bases en las que se apoya mi sistema penal” impreso en el propio penal de Valencia, “que perfeccionar al hombre es hacerlo más sociable; todo lo que tienda a destruir o entorpecer su sociabilidad impedirá su mejoramiento. Por esto las penas, lejos de atacar su sociabilidad deben favorecer este principio, fomentando su acrecentamiento. El objeto de los castigos no es la expiación del crimen sino la enmienda, porque el oficio de la justicia no es vengar sino corregir”. Se adelanta Montesinos ya en este Siglo XIX a la concepción que preside la Ley orgánica general penitenciaria 1/1979 de 26 de septiembre y, que se expresa en su propia exposición de motivos: “La consideración de que el recluso no es un ser excluido o separado de la sociedad, que antes al contrario, sigue formando parte de la misma, porque a ella ha de volver cuando cumpla la condena.”

<sup>4</sup> REVIRIEGO PICÓN Fernando. Multiculturalidad y centros penitenciarios Estudios de Deusto ISSN: 0423 - 4847, Vol. 60/1, Bilbao, Enero-Junio 1 2012, págs. 107-144

<sup>5</sup> El sistema progresivo del CP de 1944, constaba de cuatro períodos. “El primero es de observación en régimen celular mixto, de rigor variable, que dura un mínimo de treinta días y que acostumbra a dividirse en dos etapas: una de máximo aislamiento, con prohibición de tabaco, vino y visitas, y otra de mayor libertad, con paseos y ejercicios deportivos. El segundo período, denominado de trabajo en comunidad, tiene por objeto promover la actividad laboral de los reclusos, destinados en talleres, granjas o destacamentos, con vida en común, devengo de salarios y cómputo de conducta a los efectos de ascenso a los grados superiores; período que dura normalmente hasta que quede extinguida la cuarta parte de la condena y el recluso haya sido suficientemente instruido en primeras letras, elementos de Religión y fundamentos de su oficio. El tercer período, de readaptación social, ha de ser ganado por el que estuvo sujeto al anterior mediante su instrucción y buena conducta, destinándoseles a los cargos auxiliares más ventajosos y de mayor confianza, incluso los de servicio exterior, con otras ventajas del régimen. El cuarto y último período está constituido por la libertad condicional”.



Siglo XX, y que culmina con la aprobación de la Ley Orgánica General Penitenciaria el 26 de septiembre de 1979, siendo esta norma el pilar básico del nuevo sistema penitenciario.

### 1.- Antecedentes.

Las dificultades por las que atravesaba nuestro sistema penitenciario en los años 70, se pone de manifiesto en el informe de fecha 28 de Marzo de 1978, elaborado por una Comisión especial de investigación de establecimientos penitenciarios constituida, al efecto, en el Parlamento español, en el que se hacía referencia a las principales carencias de las que adolecía el sistema penitenciario en aquellos momentos. Estas carencias, según el referido Informe, eran en concreto: las deficientes condiciones de habitabilidad de los edificios, la inadecuada separación interior de los reclusos, las inadecuadas dotaciones sanitarias, la ruptura del interno con el mundo exterior por la falta de una comunicación real con su medio familiar y habitual y la desconexión y dificultad de acceso a los medios de comunicación, la falta de un sistema de enseñanza y formación, las deficientes condiciones laborales de los funcionarios, la insuficiencia de medios materiales, la excesiva prolongación del tiempo de la situación preventiva y la escasez de trabajo por los pocos Centros que disponían de Talleres.

Para solventar esta difícil situación se realizan una serie de reformas de orden normativo, tanto en el ámbito penitenciario, como en otros sectores del ordenamiento jurídico. Entre las primeras podemos citar: la reestructuración los Cuerpos Penitenciarios por Ley 36/77, de 23 de mayo y la reforma el Reglamento Penitenciario que era del año 1956 por Real-Decreto 2.273/77, de 29 de julio -esta reforma reglamentaria sería la antesala de la Ley orgánica general-. Entre las segundas, podemos referir: la reforma de la legislación procesal y penal por Ley 20/78, de 8 de mayo, que actualizaron las cuantías de las penas y agilizaron los procesos, acortando la duración de los mismos.

Estas reformas normativas se complementaron con otras tendentes a la modernización de la Administración penitenciaria, mediante la dotación a la misma de medios materiales y personales adecuados. De esta forma, se aprueba un programa de inversiones de 10.500 millones de pesetas en el año 1977 (64 millones de euros actuales) para nuevas infraestructuras, se modernizan los sistemas de gestión mediante la mecanización de la información aprovechando la tecnología conocida y se modifica la estructura organizativa de la Administración penitenciaria para adaptarla a las nuevas exigencias funcionales.

Las consecuencias de estas reformas, pronto empezaron a surtir sus efectos con una

política de construcción de nuevos centros penitenciarios, que mejoraron las condiciones de vida de los reclusos, haciéndolas compatibles con la dignidad humana y redujeron al mínimo los efectos nocivos del internamiento en prisión. Asimismo, se profesionalizó la función pública, teniendo en cuenta que el elemento humano es el factor primordial para hacer efectiva cualquier reforma. En este sentido, se llevaron a cabo *actuaciones* encaminadas a conseguir un incremento de la plantilla y una adecuada selección y preparación técnica del personal penitenciario, entre ellas: su asimilación al resto de los funcionarios civiles del Estado, la mejora de sus condiciones laborales en materia retributiva y en cuestiones de horarios laborales.

Esta importante reforma, culmina con la aprobación de la ley penitenciaria en el año 1979. Como ya hemos adelantado, nuestro actual sistema penitenciario nace con la entrada en vigor de la ley orgánica general penitenciaria 1/1979 de 26 de septiembre. Esta norma fue la primera de las leyes orgánicas de la democracia. Su número y rango -Ley orgánica 1/1979- demuestran el marcado carácter simbólico que se le confirió entonces, como el instrumento que con mayor realce podía poner de manifiesto el decidido compromiso de la sociedad española con la deficitaria realidad carcelaria. Esta ley penitenciaria ofreció un planteamiento progresista y, sin duda, revolucionario en defensa de la finalidad resocializadora de la pena, el humanismo de sus previsiones y su preocupación recurrente por la garantía de los derechos e intereses jurídicos de los reclusos no afectados por la condena. Todo esto posibilitó una evolución sin precedentes del mundo penitenciario en los tiempos de nuestra transición política, que se sigue manteniendo hasta nuestros días.

### 2.- Del sistema “progresivo” al sistema de “individualización científica”.

La nueva ley penitenciaria concibe el cumplimiento de la pena privativa de libertad con el objetivo principal de la incorporación del delincuente al orden social por medio de la aplicación del denominado tratamiento penitenciario inspirado en técnicas propias de las ciencias de la conducta. Este nuevo escenario, creado por la ideología de la resocialización fue el eje del movimiento de la reforma penitenciaria y permitió introducir un sentido más humanitario en el cumplimiento de la pena, renunciando en parte a los contenidos retributivos de la misma, basados, hasta ese momento, en la idea de culpabilidad del autor y del castigo proporcionado a dicha culpabilidad.

#### 2.1.- Bases legales del actual sistema penitenciario

El artículo 25.2 de la Constitución Española, la Ley Orgánica General Penitenciaria y su Reglamento constituyen el marco normativo básico del sistema penitenciario español.

La Constitución Española, en el artículo 25.2, establece que “las penas privativas de libertad y las medidas de seguridad estarán orientadas hacia la reeducación y reinserción social y no podrán consistir en trabajos forzados. El condenado a pena de prisión que estuviere cumpliendo la misma gozará de los derechos fundamentales a excepción de los que se vean expresamente limitados por el contenido del fallo condenatorio, el sentido de la pena y la Ley Penitenciaria. En todo caso, tendrá derecho a un trabajo remunerado y a los beneficios de la Seguridad Social, así como al acceso a la cultura y al desarrollo integral de su personalidad”.

Por otra parte, la ley penitenciaria, que supuso un importante cambio al conferir autonomía a este sector del ordenamiento jurídico penal y equipararlo a la legislación penal, la procesal y la penitenciaria, su articulado se basa en unas disposiciones mínimas inspiradas en las recomendaciones de Naciones Unidas y el Consejo de Europa, en los acuerdos internacionales sobre derechos humanos sobre el tratamiento de los reclusos. En este sentido, su artículo 1 se establece que “Las instituciones penitenciarias reguladas en la presente Ley tienen como fin primordial la reeducación y la reinserción social de los sentenciados a penas y medidas penales privativas de libertad, así como la retención y custodia de detenidos, presos y penados. Igualmente tienen a su cargo una labor asistencial y de ayuda para internos y liberados.” Y por su parte, el artículo 3 establece que: “La actividad penitenciaria se ejercerá respetando, en todo caso, la personalidad humana de los reclusos y los derechos e intereses jurídicos de los mismos no afectados por la condena, sin establecerse diferencia alguna por razón de raza, opiniones políticas, creencias religiosas, condición social o cualesquiera otra circunstancias de análoga naturaleza.”

## 2.2.- Características del actual sistema penitenciario

Como hemos dicho, la ejecución de la pena privativa de libertad tiene como objetivo principal la recuperación social del delincuente, por lo que debe de tener como meta la reeducación y reinserción social de éste, para lo cual se establece un modelo penitenciario de ejecución denominado de “individualización científica” basado en la diferenciación de distintos grados de tratamiento, a los que se accede mediante la correspondiente clasificación penitenciaria y, que se cumple conforme a unos modelos diferentes de régimen de vida en las distintas clases de Centros penitenciarios existentes, conforme al siguiente esquema:<sup>6</sup>

<sup>6</sup> Este sistema penitenciario se llama individualizado porque el cumplimiento de la condena se diseña de forma individual para cada interno a través de la clasificación penitenciaria. Se llama científico, porque está basado en las ciencias de la conducta y aplicado por especialistas en las mismas: psicólogos, educadores, criminólogos etc.

- Como finalidad de la pena.            - - - - ➤ La reeducación y reinserción social.
- Como instrumento para conseguir esa finalidad.            - - - - ➤ El tratamiento penitenciario.
- Como mecanismo para hacer posible el tratamiento penitenciario.            - - - - ➤ La clasificación penitenciaria.
- Como contenido de la clasificación penitenciaria.            - - - - ➤ El régimen de vida penitenciario.
- Como espacio físico donde se desarrolla el régimen de vida.            - - - - ➤ Los centros penitenciarios.

Este denominado sistema de “individualización científica” se fundamenta en dos elementos básicos: la clasificación penitenciaria en grados y el tratamiento penitenciario.

La clasificación penitenciaria, es la resolución administrativa que determina la base del sistema de “individualización científica”, ya que aquella es presupuesto necesario para lograr una vez recaída sentencia condenatoria la individualización de la pena con la finalidad de intentar la reinserción social de los reclusos. Esta clasificación penitenciaria se lleva a cabo tras tomar en cuenta una serie de variables, tales como la personalidad y el historial individual, familiar, social y delictivo del interno, la duración de la pena y medidas penales en su caso, el medio al que probablemente retornará y los recursos, facilidades y dificultades existentes en cada caso y momento para el buen éxito del tratamiento. Todo ello, en los términos descritos en el artículo 63 de la LOGP.

De todas las variables intervinientes en la clasificación penitenciaria, son las relacionadas con la evolución de la personalidad las que tienen mayor relevancia para ejecución de las condenas, incluso sobre las propias variables relacionadas con la actividad delictiva. Y ello, con el objetivo de posibilitar que el penado cumpla la condena de una forma que se ajuste plenamente a sus circunstancias particulares *-principio de individualización-*.

El tratamiento penitenciario por su parte, aparece definido en el artículo 59.1 de la LOGP, que declara que “consiste en el conjunto de actividades directamente dirigidas a la consecución de la reeducación y reinserción de los penados”, añadiendo su punto 2 que “el tratamiento pretende hacer del interno una persona con la motivación y la capacidad de vivir respetando la ley penal, así como subvenir a sus necesidades”. Este concepto del tratamiento penitenciario, así como sus fines fueron ampliados por el Reglamento Peni-

tenciario de 1996 (RP) que opta por una concepción más amplia consolidando una concepción del mismo más acorde a los actuales planteamientos de la dogmática jurídica y de las ciencias de la conducta, haciendo hincapié en el componente resocializador más que en el concepto clínico, donde se incluyen no sólo las actividades terapéutico-asistenciales, sino también las actividades formativas, educativas, laborales, socioculturales, recreativas, deportivas etc. Se concibe, de esta forma, la reinserción del interno como un proceso de formación integral de su personalidad para lo que se le dota de instrumentos eficientes para su propia emancipación. De esta forma, la pena privativa de libertad se concibe como tratamiento, esto es, como actividad directamente encaminada a la reeducación y reinserción social mediante la utilización de métodos científicos adecuados.

### 3.- La evolución del sistema penitenciario desde el año 1979 hasta el momento actual.

Durante el largo espacio de tiempo transcurrido desde su entrada en vigor -año 1979- la Ley Penitenciaria ha permanecido, prácticamente, inalterada, apenas ha tenido algunas pequeñas modificaciones en su articulado,<sup>7</sup> aunque haya sido desarrollada por dos Reglamentos totalmente diferentes, el de 1981 y el de 1996. Sin embargo, durante estos más de 30 años que lleva en vigor la ley penitenciaria, los cambios sociales han sido muy significativos en ámbitos como: la consolidación de las libertades políticas, el desarrollo económico, los avances tecnológicos, y en el ámbito social. Podemos afirmar, que un auténtico cambio generacional conforma hoy un contexto muy diferente del de la España del año 1979 -la sociedad actual poco o nada tiene que ver con la sociedad de entonces-, también, el espectro de la población penitenciaria ha variado considerablemente, tanto en su vertiente cuantitativa como cualitativa.<sup>8</sup>

Podemos afirmar a modo de resumen, que el sistema penitenciario en España durante estos más de treinta años ha sido objeto de un proceso de modernización diseñado para adaptarse constantemente a los cambios de la sociedad, que se ha concentrado en mo-

<sup>7</sup> artículos 29 y 38, por Ley Orgánica 13/1995, de 18 de diciembre; artículo 76 (apdo. 2.h), por Ley Orgánica 5/2003, de 27 de mayo; artículo 56, por Ley Orgánica 6/2003, de 30 de junio y artículo 72 (apdos. 5 y 6), por Ley Orgánica 7/2003, de 30 de junio

<sup>8</sup> En el aspecto cuantitativo se ha producido un importante incremento de la población reclusa que ha pasado de la cifra de 21.185 en el año 1981 a la cifra de 69.390 internos actualmente, es de destacar como más significativo dentro de este incremento, el de la población penitenciaria extranjera, que en estos momentos se encuentra en la cifra de 22.173 internos lo que supone el 33,44 del total de la población reclusa. Por su parte, en el aspecto cualitativo conviene destacar la variación significativa del perfil del recluso, con un incremento de la edad media de éste, que se sitúa ahora en torno a los 37 años, y la influencia de un factor importante, tanto en la etiología delictiva como en el contexto de la convivencia en el entorno penitenciario, como es la droga, que supone la irrupción del fenómeno de la delincuencia organizada, que genera grupos minoritarios de reclusos con un alto potencial desestabilizador en la convivencia ordenada.

dernizar las infraestructuras penitenciarias, en mejorar los programas de intervención de las prisiones, la motivación de los internos, la reducción de conflictos, la obtención de programas de tratamiento, la formación y el trabajo en la prisión, etc. También, se han desarrollado medidas tanto organizativas como funcionales destinadas a mejorar la organización de las prisiones en su conjunto, en especial en lo referente a la gestión y los recursos humanos, los sistemas de evaluación y las consideraciones de los derechos humanos.

Todo ello ha supuesto, que las instituciones penitenciarias sean entendidas, en el momento actual, como un instrumento de ayuda para el recluso en ellas. La finalidad resocializadora de las penas privativas de libertad es ya, en la práctica penitenciaria española, la prioritaria; y las necesidades de tratamiento llegan, por ello, incluso a permitir modificar el régimen penitenciario.

## IV.- EL FUTURO DEL SISTEMA PENITENCIARIO.

### 1.- Algunas consideraciones previas.

En España, la justicia penal a lo largo de estos últimos años viene manifestando una marcada tendencia a agudizar el incremento de la represión punitiva. Parece ser, que la sociedad ante la delincuencia y sus causas deposita una enorme confianza en el sistema de justicia penal en general, y por consiguiente en el encarcelamiento en particular, como solución a algunos de los problemas más acuciantes de dicha sociedad, de ahí la tendencia constante a endurecer las políticas penales en todas y cada una de las reformas que se llevan a cabo en nuestro Código penal.<sup>9</sup>

Esta tendencia a enarbolar una línea de mayor dureza en las penas ha llegado a su máximo, recurriendo incluso a una sanción penal que se consideraba, hasta fecha, fuera de nuestro actual sistema penal, que es la denominada “prisión permanente revisable”, que el proyecto de reforma de Código Penal, con el que actualmente trabaja el Gobierno, pretende introducir para los delitos de homicidios terroristas, los cometidos contra el rey o el príncipe heredero y contra jefes de Estado extranjeros y además en los casos de genocidio y crímenes de lesa humanidad con homicidio o agresión sexual. Igualmente, se podrá aplicar esta pena, que supone cárcel indefinida, a ciertos crímenes que causan especial repulsa social, cuando la víctima sea menor de 16 años o especialmente vulnerable, cuando exista también delito contra la libertad sexual o a los cometidos por miembros de una organización criminal. Esta pena supone un cumplimiento íntegro de la mis-

<sup>9</sup> Hasta la fecha, la ley orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, por la que se aprueba el actual Código Penal, ha sufrido veinticinco reformas, estando en fase de proyecto una nueva que haría la número veintiseis.

ma aunque tras un tiempo establecido de cumplimiento -de 25 a 35 años- se aplicará un sistema de revisión cada dos años, que permitirá la puesta en libertad del reo si cumple con los requisitos establecidos. Asimismo, se introduce como novedosa en este proyecto de reforma, la medida de seguridad denominada de “custodia de seguridad”, que se conceptúa como una medida privativa de libertad postpenitenciaria para casos excepcionales y, que se aplicará una vez cumplida la pena de prisión y después de que el Tribunal valore la peligrosidad del penado. Afectará esta medida a los reincidentes en delitos de especial gravedad -contra la vida, la integridad física, la libertad o indemnidad sexual, los cometidos con violencia o intimidación, contra la comunidad internacional, terrorismo o tráfico de drogas-, o a quienes cometan por primera vez una pluralidad de los mismos. Tendrá una duración máxima de 10 años, aunque se pondrá fin a esta medida si el Tribunal considera que desaparecen las circunstancias que la motivaron.

En contraposición a esta “línea dura” el empujón hacia la minimización del Derecho penal, que se pretende llevar a cabo a través de la tímida introducción de la denominada justicia restaurativa, mediante un modelo de justicia que revierta positivamente en la sociedad a través de la afirmación de sus valores comunes y el incremento de la confianza en la administración de justicia penal, como modo de sosegar el miedo difuso de la sociedad a la inseguridad, parece estar aún lejos de sustituir al modelo tradicional de justicia retributiva.<sup>10</sup> Frente a la Justicia retributiva que se centra primaria y monotématicamente en el castigo del culpable y da una importancia casi única a las instituciones de control formal; la Justicia Restaurativa procura la corresponsabilidad de todo el tejido social en la prevención y evitación del delito, y en el tratamiento y la inserción social de los infractores, permitiendo paliar los peligros que subyacen en buena parte de los conflictos penales, tales como la desigualdad, la pobreza, las adicciones, la patología mental, la carencia de recursos sociales para determinados colectivos, el aumento de la violencia entre las personas, el temor a los diferentes y, en definitiva, la fractura social en sociedades de identidades complejas.

## 2.- Estrategias diferenciales para un futuro.

Desde hace ya bastante tiempo -mediados años 70 del pasado Siglo XX- se cierne en torno a la pena de prisión una situación, poco menos que paradójica, pues mientras, de un lado, se reconoce la grave crisis que envuelve a la misma, y la carencia de lógica que tiene el pretender llevar a cabo dentro de sus estructuras la “ideología del tratamiento”; del otro, se afirma que esta pena, hoy por hoy, es necesaria e imprescindible en la lucha contra la criminalidad, sobre todo la más grave.

<sup>10</sup> La Justicia Restaurativa, se opone frontalmente al modelo de la Justicia Vindicativa, por lo cual no puede convertirse en un mero complemento de ésta sin quedar totalmente desvirtuada.

La posible solución a esta evidente contradicción parece estar en adoptar lo que se ha dado en llamar por algunos autores las “estrategias diferenciales”, que, de una parte, pretenden reducir el ámbito de aplicación de la prisión, ofreciendo todo un elenco medidas alternativas y, de otra, transformar, en la medida de lo posible, la pena privativa de libertad en una pena no carcelaria, porque podemos afirmar, sin lugar a equivocarnos, que hoy día, en la ejecución de la pena de privación de libertad ha cobrado más importancia la forma de su cumplimiento, que la extensión temporal de la misma.

### 2.1.- Reducción del ámbito de aplicación de la prisión

La crisis de la pena privativa de libertad, determinada, entre otras razones, por esa incapacidad evidenciada para superar el carácter preventivo general positivo que le sirve de fundamento y por el fracaso del objetivo resocializador, ha llevado consigo que el moderno movimiento de reforma del derecho penal esté orientado, inevitablemente, a la limitación de esta pena y, en consecuencia, a la búsqueda de alternativas a la misma. Por ello, desde hace tiempo se persigue en los Códigos Penales una fórmula que permita compaginar los fines de la pena privativa de libertad -prevención general/prevención especial- con la evitación, en la medida de lo posible, del recurso al encarcelamiento.

En este sentido, nuestro actual Código Penal LO 10/1995 de 23 de noviembre, guiado por la corriente, que apoyan las más importantes organizaciones internacionales (ONU, Consejo de Europa), no fue ajeno a este movimiento y abordó, en su día, entre sus múltiples reformas la del sistema de penas, justificando dicha reforma, en los términos que recoge la propia Exposición de Motivos, cuando utiliza este discurso “.....se propone una reforma total del actual sistema de penas, de modo que permita alcanzar, en lo posible, los objetivos de resocialización que la Constitución le asigna. El sistema que se propone simplifica, de una parte, la regulación de las penas privativas de libertad, ampliando, a la vez, la posibilidad de sustituirlas por otras que afecten a bienes jurídicos menos básicos”.

De esta forma, el Código penal ya no conceptúa la prisión como el destino necesario de quienes infringen las normas penales, pues pueden existir alternativas a la misma.

#### 2.1.1.- La vía de la suspensión y de la sustitución de la pena

Considerada como una alternativa al encarcelamiento, permite a los jueces suspender la pena impuesta, siempre y cuando la misma sea inferior a dos años. Esta, facultad de suspender la ejecución de la condena, se adopta atendiendo, fundamentalmente, a la nula peligrosidad y al historial delictivo del condenado y siempre que éste no vuelva a delinquir en el plazo fijado por la ley. La suspensión de la pena puede llevar aparejado el cumplimiento de los deberes y obligaciones establecidos por el Juez, entre ellos: la prohi-

bición de acudir a determinados lugares; la prohibición de aproximarse o comunicarse con la víctima, familiares o personas que se determinen; la prohibición de ausentarse del lugar de residencia; las comparecencias personales; la participación en programas formativos, laborales, culturales, de educación vial, sexual; cumplir con los demás deberes que se estimen convenientes para la rehabilitación social, etc.

La sustitución es otra de las alternativas a la pena de privación de libertad, que permite cambiar la entrada en prisión por otra u otras medidas más útiles para conseguir el fin que se pretende, como es la pena pecuniaria, la pena de trabajos en beneficio de la comunidad y/o la pena de localización permanente.

### 2.1.2.- Otras alternativas

Las consideraciones de que las penas cortas privativas de libertad tienen evidentes efectos desocializadores, por la falta de tiempo para conseguir ningún proceso resocializador a través de una adecuada terapia de tratamiento, unidas a otras menos altruistas de índole presupuestaria, inclinan ya hace ya algún tiempo a la doctrina a valorar la pena pecuniaria como útil instrumento sustitutivo de la pena corta privativa de libertad. También, la pena de Trabajos en Beneficio de la Comunidad como pena alternativa a la prisión tiene efectos positivos, tanto para la víctima por su esencia reparadora, como para el victimario, para quien comporta una función reeducadora, pues supone hacer algo útil y provechoso para la sociedad. Este tipo de sanción aporta muchas ventajas frente a la pena de prisión. Es una medida igualitaria que se cumple en libertad y evita por tanto la ruptura con la vida familiar, laboral y social del penado, además de promover valores como la solidaridad, la responsabilidad y el bien común.<sup>11</sup>

Por último, la pena de localización permanente es también otra alternativa a la pena de prisión. Esta pena, aunque está considerada como privativa de libertad, puesto que obliga al penado a permanecer en su domicilio o en un lugar determinado fijado por el juez en la sentencia, o posteriormente en auto motivado, no se cumple en la cárcel, salvo algún supuesto excepcional.<sup>12</sup>

Estas y otras posibles alternativas al encarcelamiento evidencian que la pena de prisión se va configurando cada vez más como la *última ratio* del sistema de sanciones penales. No obstante, hay que ser conscientes que la posibilidad de extender las alternativas a la prisión más allá de los casos actuales -penas cortas y delincuentes no peligrosos-

<sup>11</sup> Cumple también esta pena una finalidad restitutiva a la vez que ejemplarizante e integradora. Los trabajos suelen estar enfocados al apoyo o asistencia a determinadas víctimas relacionadas con el delito del penado. Otras veces las tareas encomendadas vienen dadas en función de las necesidades de la entidad u organismo que las oferta y de la formación académica o profesional de la persona que presta el trabajo.

<sup>12</sup> Cuando concurra la reiterada comisión de faltas de hurto del artículo 623.1 CP

encuentra importantes obstáculos. Por ejemplo, el impacto simbólico de estas medidas alternativas entre la opinión pública es mucho menor; no se llegan a ver como castigo proporcionado, y en consecuencia los jueces se arriesgan mucho menos a utilizarlas, salvo en aquellos casos en los que parece que su éxito se encuentra garantizado, mientras que por el contrario, no les tiembla la mano al imponer penas de cárcel siendo así que su fracaso pueda estar prácticamente asegurado.<sup>13</sup>

### 2.2.- La transformación de la pena privativa de libertad en una pena no carcelaria

La pena privativa de libertad se puede cumplir en régimen de extrema severidad, cuando el penado es internado en centros o departamentos cerrados, o en un régimen de extrema benevolencia cuando el reo cumple la pena no sólo en centros abiertos o no penitenciarios sino, incluso, en el propio domicilio con el correspondiente control de la Administración penitenciaria. Esto último, lo posibilita la tecnología, que ha avanzado, suficientemente, para que, en gran número de casos, la pena de privación de libertad pueda ir evolucionando hacia formas de limitación de la libertad menos perjudiciales para los penados y sus familias y más adecuadas a la finalidad correctora y reeducadora de la pena.

#### 2.2.1.- El cumplimiento de la pena en semilibertad

En principio y por mandato constitucional -art.25.2 CE- toda la acción penitenciaria debería estar encaminada a reintegrar al individuo en la comunidad. Sin embargo, algunos estudios llegan al convencimiento de que, en general, la estancia en el medio carcelario comporta, normalmente, el inicio de una carrera criminal, lo que evidencia una manifiesta influencia negativa de la cultura de la prisión en los sujetos que son encarcelados, porque, sin duda, no parece fácil la idea de compatibilizar el castigo con la reeducación.

Si bien es cierto que inicialmente sea necesario que detrás de todo delito deba haber un período más o menos largo de apartamiento social -lo cual ineludiblemente reporta una idea de castigo-. Transcurrido este período inicial para conseguir los efectos positivos que el tratamiento penitenciario demanda, el mejor remedio para el interno es no estar apartado de la propia sociedad en la que se debe reinsertar. Por este motivo, en un futuro próximo la tendencia debe estar en el respaldo de los regímenes abiertos, porque reinsertar fuera de la sociedad tiene poco sentido, dado que el ambiente negativo que se respira

<sup>13</sup> Las medidas alternativas a la privación de libertad presentan indudables ventajas, la primera la presupuestaria encarcelar cuesta caro y a la larga no es un buen negocio y menos en tiempos de crisis económica, según nuestras estimaciones, actualmente en España el coste por persona y año estaría en torno a los 20 mil euros.

en los recintos carcelarios puede perjudicar cualquier acción positiva encaminada a la finalidad resocializadora de la pena.<sup>14</sup>

El cumplimiento de la pena en Centros abiertos (CIS) va encaminado a facilitar la inserción social y familiar de los internos, contrarrestando los efectos nocivos del internamiento en centros cerrados y favoreciendo los vínculos sociales. Algunos de los principios que rigen este cometido serán la atenuación de las medidas de control tratamental; la autorresponsabilidad; la normalización social e integración; la prevención de la desestructuración familiar y social, y la coordinación con organismos e instituciones dedicados a estas áreas.

### 2.2.2.- El cumplimiento de la pena mediante vigilancia electrónica

La irrupción vertiginosa de los sistemas de vigilancia electrónica en el mundo es hoy día un hecho constatado y su aplicación al ámbito punitivo también. Esta realidad nos lleva a preguntarnos si la finalidad fundamental que la doctrina y la legislación atribuyen en la actualidad a las penas y medidas de privación de libertad, cual es la prevención especial, entendida como reeducación y reinserción social de los condenados, sin perjuicio de prestar atención debidas a las finalidades de advertencia e intimidación que la prevención general demanda y a la proporcionalidad de las penas con la gravedad de los delitos cometidos, que el sentido más elemental de la justicia requiere, puede llevarse a buen fin mediante la tecnología.<sup>15</sup>

La contestación a esta pregunta debe ser afirmativa. En cuanto a la finalidad de la prevención general, parece indiscutible que toda sociedad cuando se impone un instrumento de convivencia, como es el Código penal, pretende un fin conminatorio abstracto o de prevención general positiva que busca la afirmación del ordenamiento jurídico conculcado por el infractor mediante la aplicación de la pena legalmente prevista, como forma de restablecimiento de la confianza social en la vigencia de la Ley, es decir la exigencia social de la justicia. Esta forma de prevención tiene como destinataria a la totalidad de la sociedad y pretende conjugar el sentimiento de alarma que suscita en la comunidad la comisión por alguno de sus miembros de comportamientos antisociales encuadrados en los tipos penales. La prevención general negativa, por el contrario, tiene unos destinatarios más específicos y limitados, pues se dirige a los

<sup>14</sup> Los Centros de Inserción Social son establecimientos penitenciarios destinados al cumplimiento tanto de las penas privativas de libertad en régimen abierto, como de las penas no privativas de libertad establecidas en la legislación vigente y cuya ejecución se atribuye a la Administración Penitenciaria -trabajos en beneficio de la comunidad-. Así mismo, desde los CIS se realiza el seguimiento de los liberados condicionales.

<sup>15</sup> En términos generales el control electrónico consiste en cualquier aparato electrónico que permita ejercer a distancia determinados controles sobre una persona. En su aplicación al sistema penal se comprenden diversos tipos de tecnología o dispositivos, entre ellos: el control mediante radio frecuencia, el control mediante GPS, los dispositivos para realizar a distancia controles de alcoholemia, consumo de de estupefacientes. etc

potenciales infractores de la norma a quienes trata de disuadir de la comisión de futuras infracciones mediante la aplicación efectiva de la pena. En la medida que la monitorización tiene un contenido punitivo es susceptible de tener cierto efecto intimidante y por lo tanto generar un efecto de prevención general, tanto en sentido negativo, como positivo.

En cuanto a la finalidad de la prevención especial, que procura influir en la personalidad concreta del infractor con el fin de modificar su actitud ante la ley y promover su adecuada integración social y donde se encuadra la idea del tratamiento penitenciario, como instrumento para realizar el fin resocializador de la pena. Puede afirmarse, que la monitorización electrónica es un instrumento de efecto, al menos, “no desocializador”, pues permite al condenado mantener el contacto con su familia y su trabajo en todo momento, al mismo tiempo que reforzar el cumplimiento de posibles programas de rehabilitación diseñados al efecto.

Por último, también la monitorización electrónica cumple la finalidad retribucionista de la pena. La exigencia social de justicia o retribución es el primero de los fines de la pena. Sería en exceso inocente despreciar el sentimiento social de esta exigencia de justicia, que se ve aplacado con la imposición y el cumplimiento de la pena. Pues bien, en este sentido la monitorización puede considerarse un castigo porque comporta cierta carga punitiva que conlleva efectos aflictivos como son: sentirse constantemente controlado, la posible afección a la intimidad y la restricción libertad ambulatoria.<sup>16</sup> Aunque, hay que reconocer que, en todo caso, la pena monitorizada es menos punitiva que el encarcelamiento en un Centro penitenciario, de ahí que en la práctica el uso mayoritario de esta forma de ejecutar pena -la de monitorización- sea para supuestos de menor gravedad y para delincuentes que presenten un bajo perfil de riesgo.

No cabe duda, de que teniendo en cuenta que la monitorización tiene notables ventajas como son: su bajo coste de implementación, que evita la sobrecarga de los centros penitenciarios, que impide que entren en prisión individuos poco peligrosos, que evita que el sujeto pierda su trabajo y pueda atender las necesidades económicas de su víctima y que permite eludir los efectos desocializadores y, todo esto permitiendo del hecho que se siga manteniendo el debido control del penado por la sociedad.<sup>17</sup>

Por todo lo referido, es posible que en un futuro, estas nuevas tecnologías vayan alcanzando un mayor auge cada día, como está ocurriendo en otros sectores de la sociedad, lo

<sup>16</sup> GUDÍN RODRÍGUEZ MAGARIÑOS, F. en *Cárcel electrónica. Bases para la creación del sistema penitenciario del Siglo XXI*. Tirant lo Blanch. Valencia 2007.

<sup>17</sup> A los que habría que añadir que se elimina el peligro de contagio criminal y que dota a la privación de libertad de una forma sensible y perceptiblemente más humana.

que traerá como consecuencia la posibilidad de romper la actual ecuación internamiento igual a tratamiento y sustituir el sistema actual de penas fuertes por uno de penas débiles, pero de vigilancia fuerte.

### 3.- La cárcel del futuro.

#### 3.1.- Valoración general

Posiblemente la idea que más ha erosionado el papel de la cárcel tradicional no ha sido tanto su posible dureza, como su falta de efectividad a la hora de abordar la idea de rehabilitación. Y es que el modelo resocializador en el ámbito punitivo que se instauró en Europa después de la 2ª guerra mundial sufrió, como ya hemos apuntado, sufre una generalizada decadencia desde mediados de los años 70 del siglo XX, entre otras razones, por la desconfianza en la idea de la resocialización motivada por el fracaso del tratamiento penitenciario, dado el considerable aumento de la delincuencia y el incremento de la reincidencia. Este fracaso ha ido dando paso a un nuevo modelo penal al que algunos autores denominan “de seguridad ciudadana”<sup>18</sup>, que surge ante la prevalencia que va adquiriendo el sentimiento colectivo de inseguridad pública por el considerable incremento de la delincuencia, lo que genera en la población el comprensible miedo a ser víctima del delito. En este contexto, ya no se percibe al delincuente como un ser socialmente desfavorecido y marginado al que la sociedad está obligada a prestar ayuda; ahora los delincuentes son vistos de otra manera, como individuos que persiguen sus propios intereses a costa de los demás. La idea de que el hombre es bueno y la sociedad le hace malo es una ingenuidad que la opinión pública no parece estar dispuesta a asumir por más tiempo.<sup>19</sup>

Estas consideraciones nos llevan a pensar que la cárcel sigue teniendo un considerable porvenir y, por el momento, no muestra el menor síntoma de desaparición, por lo que previsiblemente sobrevivirá a muchas generaciones venideras, por lo que sobre esta predicción parece acertado defender el papel más adecuado que la cárcel debe tener en el futuro a través de las siguientes valoraciones concretas.

#### 3.2.- Valoraciones concretas

Teniendo en cuenta que el futuro de la cárcel goza de buena salud y que va a ser una institución de control cuya supervivencia se antoja larga, deberemos hacer algunas re-

<sup>18</sup> En España DIEZ RIPOLLES, José Luis “El nuevo modelo penal de seguridad ciudadana”. En Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología” 06-03 (2004) <http://criminet.urg.es/recpe>

<sup>19</sup> Vid. a este respecto el trabajo de BARQUIN SANZ, Jesús “Política Criminal y Código Penal: Cinco años después” En Diario LA LEY nº 5255 de 26 de febrero de 2001

flexiones sobre cómo puede ser la cárcel del futuro en aspectos concretos y determinados, como son su estructura, organización y funcionamiento.

#### 3.2.1.- Por lo que se refiere a su estructura

Partiendo de una realidad, cual es que el encarcelamiento sigue satisfaciendo la necesidad de seguridad en las sociedades modernas y, que desde este punto de vista, se considera una medida eficaz, puesto que, en la mayoría de los casos, sigue resolviendo más problemas de los que puede crear, tenemos que concluir, que para la sociedad sigue siendo provechoso invertir en prisiones. Y eso es lo que viene haciendo la sociedad española, particularmente, desde el año 1990, cuando se pone en marcha un ambicioso Plan de Amortización y construcción de Centro Penitenciarios, conforme a cual se han construido desde entonces en España todas las infraestructuras penitenciarias.<sup>20</sup>

Pues bien, teniendo en cuenta que la constante que acompaña a la prisión desde sus inicios es la mejora de sus infraestructuras, los modernos centros penitenciarios -cada uno de ellos con un coste de construcción actual en torno a los ciento veinte millones de euros- irán sustituyendo por completo a los más antiguos, y estos futuros centros penitenciarios, que ahora responden a los más avanzados criterios arquitectónicos y de respeto a la dignidad de los internos, que se plasman en celdas individuales, luminosas y ventiladas; amplios espacios comunes, con zonas deportivas y de esparcimiento; y progresiva eliminación de las barreras físicas internas, para desarrollar de manera efectiva el postulado general de equiparación de las condiciones de vida y de intercomunicación entre la vida en prisión y el mundo exterior, se caracterizarán en el futuro por la previsible mejora de sus instalaciones, que hay que presumir que serán más sofisticadas y dotadas de más y mejores medios tecnológicos, si la crisis económica por la que se atraviesa en estos momentos no lo impide.

En resumen, que la cárcel del futuro vendría a ser según este tipo de elucubraciones futuristas que estamos manejando, más de lo mismo, eso sí, con más tecnología y posibles mejoras en las condiciones de habitabilidad, si la crisis lo permite.<sup>21</sup>

#### 3.2.2.- Por lo que se refiere a la gestión

Para seguir dibujando un posible escenario de la cárcel del futuro hay que añadir la posible fórmula de la gestión privada de las cárceles. El escenario de una política crimi-

<sup>20</sup> En el territorio que gestiona la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, todo el territorio, menos Cataluña.

<sup>21</sup> Es la versión de la cárcel del futuro, sería ya hoy día una realidad en las instalaciones ubicadas en Lelystad (Holanda), donde los presos cumple condena bajo un sistema el control tecnológico mediante pulseras electrónicas y sensores de agresividad

nal fundamentada en una visión de un, cada vez, mayor rigor punitivo, con una irremediable mayor demanda de prisión con el consiguiente incremento de la población reclusa, sería un terreno abonado para esta posible privatización carcelaria, puesto que podría resultar un negocio económicamente rentable para determinados sectores de la actividad empresarial, como lo evidencian algunas experiencias norteamericanas actuales, en constante expansión desde su nacimiento en el año 1983.<sup>22</sup>

Las ventajas de una cárcel privada serían, entre otras, la posibilidad de ahorrar dinero al Estado, la mejora en las condiciones de habitabilidad de los centros y la posibilidad de dar solución a algunos problemas de ocupación. Por su parte, los inconvenientes serían, entre otros, que el cumplimiento de la pena podría ser diferente según el poder adquisitivo del recluso, el ánimo de lucro que rige, como es normal, en la gestión privada, podría conllevar la reducción de los costes de personal, sustituyéndolos por medios tecnológicos, con lo que esto conlleva de despersonalización en la relación con los internos destinatarios de esta ejecución, o algunos obstáculos jurídicos, como puede ser el que el Estado abdique de su deber de castigar, dejándolo en manos privadas.<sup>23</sup>

Sopesando las valoraciones positivas y negativas de una gestión privada, quizás el futuro de la gestión de las cárceles pueda estar en las fórmulas de gestión mixta, que permitan que la gestión de los centros penitenciarios se lleve a cabo por la fórmula privada para las cuestiones económicas y por la fórmula pública para las gestiones relativas a la ejecución penal.

### 3.2.3.- Por lo que se refiere a su funcionamiento

La constante que acompaña a la prisión desde sus inicios ha sido el afán por encontrar la cárcel verdaderamente ejemplar, “una cárcel buena”, que sea modélica. A este objetivo se puede llegar fomentando los modelos de ejecución penal, que en estos momentos empiezan a ser ya una realidad en nuestro sistema penitenciario, que nos ofrecen otras posibilidades de entender la prisión, diferentes de la actual.

Estas formas alternativas de entender la cárcel tradicional pretenden hacer del preso un buen ciudadano para que cuando salga de la cárcel se encuentre subsumido en los valores y roles de conducta que priman en la sociedad y no en los parámetros de la subcul-

<sup>22</sup> El fenómeno de la privatización de los Centros Penitenciarios ha suscitado una apasionada controversia y un amplio repertorio de oposiciones enfrentadas. Hay servicios que tradicionalmente han estado dentro de la esfera pública -la seguridad, los impuestos y la justicia- y otros que son más proclives a su explotación privada -el transporte, la sanidad, la educación, etc. Las prisiones por su relación con la Justicia es un servicio que tradicionalmente ha pertenecido a la esfera pública. Sin embargo, el fenómeno de la privatización que está alcanzando a todos los sectores de vida pública, ha llegado también al mundo de las cárceles.

<sup>23</sup> Una definición de cárcel privada es, a grandes rasgos, aquella que es diseñada construida y gestionada por una empresa no estatal. Dos son las funciones que caracterizan la gestión privada: el diseño y la construcción de los centros y la gestión en la que podemos distinguir: la económica administrativa y la propiamente penitenciaria -la retención, la custodia, la reeducación y la reinserción social.

tura carcelaria, que le dificultarían reintegrarse en dicha sociedad. Estas fórmulas pretenden convertir a las cárceles tradicionales en “lugares de aprendizaje a ser libre”, aunque parezca una contradicción insalvable que alguien puede aprender a ser libre estando privado de libertad.

#### 3.2.3.1.- La cárcel como modelo alternativo de socialización

Hay que seguir pensando que las prisiones además de para los fines de retención y custodia, sirven también para los fines oficialmente proclamados de la rehabilitación y reinserción del infractor, aunque estos últimos no siempre puedan hacerse efectivos de forma sistemática.

Según recoge la Constitución española, la principal finalidad de las penas privativas de libertad es la reeducación y la reinserción social. El logro de este objetivo se puede llegar a conseguir mediante la creación de un espacio penitenciario que lejos de fomentar los valores predominantes en la subcultura carcelaria -diferentes patrones de comportamiento, sistemas y códigos de comunicación, estilos de vida, su propia economía sumergida, sus grupos de presión, sus agentes de control informales- que posteriormente van a favorecer las posibilidades de reincidencia delictiva, faciliten la creación y/o consolidación de hábitos y actitudes más acordes con los valores socialmente admitidos, contribuyendo por tanto a lograr los objetivos señalados por la Constitución.

Estos espacios son ya una realidad en los Centros penitenciarios españoles y reciben la denominación de Módulos de Respeto. Surgieron en el año 2001 en el Centro Penitenciario de Mansilla de las Mulas (León), y en la actualidad están implantados en todos los establecimientos penitenciarios, se configuran como un sistema de organización de la vida en prisión, que ha demostrado ser realista, útil y generalizable para la consecución de los objetivos terapéuticos, formativos, educativos y de convivencia de la institución penitenciaria.

El objetivo de los Módulos de Respeto es conseguir un clima de convivencia homologable en cuanto a normas, valores, hábitos y formas de interacción al de cualquier colectivo social normalizado. Partiendo de la premisa de que los internos son plenamente conscientes de que si sus relaciones con los otros internos se fundamentan en los principios del respeto, la educación, el cuidado por el medio y el mantenimiento de un cierto orden, les puede ir mejor.

#### 3.2.3.2.- La cárcel como espacio terapéutico

Otra fórmula que pretende convertir a las cárceles tradicionales en un modelo alternativo, como “lugares de aprendizaje a ser libre”, con una mayor carga terapéutica que los



Módulos de respeto, son las Unidades terapéuticas educativas (UTES). En estos Módulos Terapéuticos se transforma la realidad penitenciaria eliminando la subcultura carcelaria, que puede hacer de la prisión una escuela de delincuencia para convertir la cárcel en un espacio educativo.

Este logro es posible gracias a la cogestión y corresponsabilidad de los dos colectivos que conforman el escenario penitenciario: profesionales penitenciarios e internos. Para lograrlo es necesario superar la desconfianza y el distanciamiento y acabar con el enfrentamiento que históricamente ha marcado sus relaciones. En este programa, el funcionario de vigilancia es una agente activo del cambio y tiene responsabilidades directas como tutores de los grupos de internos.

El objetivo prioritario de estos módulos es el de conseguir un espacio libre de las interferencias que generan la droga y su entorno para provocar cambios en los hábitos y aptitudes de los internos de modo que puedan continuar su tratamiento en los diversos recursos terapéuticos comunitarios.

### 3.2.3.3.- La cárcel como espacio de responsabilización respecto de la conducta infractora

Uno de los factores explicativos de la crisis de legitimidad del sistema penal está en su evidente incapacidad para dar respuesta satisfactoria a los apremiantes requerimientos de las víctimas ante los problemas introducidos por el delito. En la persona condenada el actual modelo de ejecución penal genera, con frecuencia, además del sufrimiento personal que supone la privación de libertad, la interiorización de actitudes manipuladoras y pautas de desconfianza, un nulo aprendizaje de actitudes empáticas y de respeto a los bienes jurídicos protegidos por el derecho penal, así como la ausencia de responsabilización respecto de la conducta infractora. Estas características dificultan los procesos de reinserción social e incrementan las posibilidades de reiteración delictiva.

Favorecer el proceso de reinserción social se puede conseguir haciendo a las víctimas protagonistas del proceso de ejecución penal, a través de mecanismos de protección como son: la reparación material y/o moral del daño causado por el autor del hecho delictivo y/o las prestaciones personales de dicho autor etc. Estos mecanismos de protección a las víctimas podrían alcanzar objetivos muy positivos en nuestro sistema de ejecución penal, si se enmarcan dentro de un programa de tratamiento dirigido a asumir el delito por el autor del mismo, potenciar la empatía hacia la víctima y desarrollar la responsabilidad por el daño causado. Y es que la reparación del daño causado puede satisfacer a las dos partes de la relación delictiva -delincuente y víctima- situando un centro imparcial en el que ambas partes resultan satisfechas ya que si la

balanza se inclinara hacia una de ellas el resultado no sería el adecuado, de esta manera ni la víctima ha de desarrollar un sentimiento de impunidad hacia el agresor, ni éste debe percibir una injusticia hacia su persona.

## IV.- CONCLUSIÓN.

A la vista de todo lo expuesto, hay que concluir diciendo que si se mantiene la tendencia a incrementar el actual rigor punitivo en nuestro sistema penal -más delito, más penas y de mayor duración- hay indicios suficientes para pensar que existe el riesgo de que el futuro nos traiga una mayor propensión a encarcelar y a aumentar el gasto en prisiones, que las prisiones desaparezcan en un futuro, aunque este sea lejano parece ser, hoy por hoy, una utopía.

A pesar de ello, es preciso tender en el futuro a superar la idea de que las prisiones son el destino inevitable al que están abocadas todas las personas que, por los motivos que sean, llegan a infringir las normas penales. En un gran número de casos la pena de prisión pueda ir evolucionando hacia formas de limitación de la libertad más adecuadas a la finalidad correctiva y educativa de la pena, y menos perniciosas y traumáticas para los penados y sus familias. Es decir, la solución para un futuro sin sobrepoblación carcelaria no viene por construir cada vez más cárceles, sino por desarrollar y diversificar más las posibilidades de actuación penal. Si hoy día tenemos claro quienes, inevitablemente, han de acabar en la cárcel, en un futuro debemos tener claro también quienes no deben de ir. Esto requiere redefinir, para ese futuro, qué hechos son dignos de ser sancionados con cárcel y, una vez resuelto ello, establecer el tiempo justo de permanencia en prisión que merecen sus autores en relación a su peligrosidad.

En resumen, que el futuro de un nuevo sistema penitenciario puede estar en el hecho de que la privación de libertad pase de ser la regla general, que es hoy día a la excepción, que el encarcelamiento en recintos cerrados quede reservado para aquellos internos más peligrosos e irreductibles.

## BIBLIOGRAFÍA.

- ALMEDA, Elisabet, *Corregir y Castigar. El ayer y el hoy de las cárceles de mujeres*, ED. BELLATERRA, Barcelona, 2002.
- BUENO ARÚS, Francisco, *La ciencia del Derecho Penal: Un modelo de inseguridad jurídica*, Cuadernos Civitas, Navarra, 2005.
- CADALSO Y MANZANO, Fernando, *La Pena de deportación y la colonización por penados*. Ed de José Góngora Álvarez, Madrid, 1895.

- CID MOLINÉ, José, “El sistema de penas desde una perspectiva reduccionista: Alternativas a la pena de prisión”, *Cuadernos de Derecho Judicial Núm. IV*, 1999,
- CONDE PUMPIDO, Cándido, *Derecho Penal Parte General*, 2ª Ed. COLEX, Madrid, 1990.
- CUELLO CALÓN, Eugenio, *La moderna penología*, Ed. Bosch, Barcelona, 1958
- FOUCAULT, Michel, *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*, Siglo XXI, Madrid, 2005.
- GARCÍA VALDÉS, Carlos, “Historia y prisión”, *Suplementos para Cuadernos para el Diálogo*, Madrid, 1974.
- GARCÍA VALDÉS, Carlos, *Estudios de derecho Penitenciario*, TECNOS, Madrid, 1982
- GARLAND, David, *La cultura del control. Crimen y orden social en la sociedad contemporánea*, (trad Sozzo, M.), Ed. GEDISA, Barcelona, 2005.
- GARRIDO GUZMÁN, L., *Manual de ciencia penitenciaria*, EDERSA, Madrid, 1983.
- GÓMEZ DE LA TORRE, Ignacio/ ZUÑIGA RODRÍGUEZ, Laura. Universidad de Salamanca/ COLEX, Madrid 2001.
- JIMÉNEZ VILLAREJO, José, “Situación de hecho de nuestra población penitenciaria en España Alternativas al sistema carcelario, ¿Son viables las cárceles?”, *Cuadernos de la Fundación Encuentro Núm. 2*, Madrid, 1993.
- JORGE BARREIRO, Agustín, “Sistema de sanciones en el Nuevo código penal de 1995”, en *La reforma de la Justicia penal (estudio homenaje al profesor Hans Tilde-mann)*.
- PEÑA MATEOS, Jaime, “Antecedentes de la prisión como pena privativa de libertad en Europa hasta el siglo XVII”, *Historia de la prisión. Teorías Economicistas: Crítica*, (Dir. GARCÍA VALDÉS, Carlos EDISOFER, Madrid, 1997).
- RICO LARA, Manuel, “Concepción Arenal: La utopía realizada”, *Boletín de Información del Ministerio de Justicia. Año XLVIII*, Núm. 1700, 1994.
- ROLDÁN BARBERO, Horacio, *Historia de la Prisión en España*, Publicaciones del Instituto de Criminología de Barcelona, Barcelona, 1988.
- TÉLLEZ AGUILERA, Abel (*Los sistemas penitenciarios y sus prisiones, Derecho y realidad*, EDISOFER, Madrid, 1998.
- TOMÁS Y VALIENTE, Francisco, *Manual de historia del derecho español*, Tecnos, Madrid, 1979.
- TOMAS Y VALIENTE, Francisco, *La tortura en España*, Ariel, Barcelona, 1973
- VON HENTIG, Hans, *La pena, formas modernas de aparición*, Vol. II., (trad. Rodríguez Devesa, José María), Editorial Espasa-Calpe, Madrid, 1968.

## EL DSM-5 Y LAS POSIBLES REPERCUSIONES DE SU INTRODUCCIÓN EN LA PRÁCTICA CLÍNICA CON ESPECIALMENTE ATENCIÓN AL ÁMBITO DE LAS TOXICOMANÍAS

**Gabriel Rubio**

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. Departamento de Psiquiatría.  
Universidad Complutense Madrid.

**Isabel Martínez-Gras**

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. Departamento de Psiquiatría.  
Universidad Complutense Madrid.

**Guillermo Ponce**

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. Departamento de Psiquiatría.  
Universidad Complutense Madrid.

### INTRODUCCIÓN.

El American Psychiatric Association Committee on Nomenclature and Statistics desarrolló una variante de la CIE-6, publicada en 1952, como primera edición del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-I)*. Esta primera edición nació con un interés más estadístico que clínico pero poco a poco fue haciéndose un lugar también en la clínica y fue extendiéndose desde Nueva York al resto del mundo existiendo en el momento actual 13 grupos de trabajo que van revisando el manual y adaptándolo a los nuevos resultados empíricos y de las dificultades clasificatorias de los modelos en uso. La primera versión del manual (DSM-I) nació por la presión de las compañías de seguro, quienes necesitaban conocer el coste de los tratamientos, las versiones posteriores han intentado marcar la orientación diagnóstica y terapéutica en la Psiquiatría Mundial, con mayor o menor éxito. Sin embargo ninguna de las versiones publicadas hasta ahora ha generado tanta controversia como la futura DSM-5. En el siguiente capítulo se recogerán los aspectos más polémicos de la futura clasificación, prestando especial interés a los trastornos por uso de sustancias y finalmente se realizarán unas consideraciones sobre las diferencias entre la clasificación americana y el modelo médico utilizado en otras ramas de la Medicina.

### CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL DSM-5.

A diferencia de las ediciones anteriores que proponían un diagnóstico basado en 5 ejes

(ver Tabla 1), la nueva clasificación propone un enfoque modular, en el que los módulos 1, 3 y 6 tienen un correlato con los 1,3, 4 y 5 de la DSM-IV-TR. El novedoso módulo 2 propone evaluar una serie de grupos sintomáticos desde una perspectiva dimensional y en el módulo 3 se incluirán aquellas pruebas de laboratorio que estén presentes en el paciente y que contribuyan a la diferenciación diagnóstica y al diagnóstico de diferencias entre trastornos. También para la personalidad se incluye un módulo, aunque desde la óptica dimensional. Las dimensiones a evaluar en dicho manual son: emocionalidad negativa, introversión, antagonismo, desinhibición, compulsividad y esquizotipia. Aunque este tipo de aproximación tendría, en teoría, claras ventajas sobre la torpe aproximación de la evaluación de personalidad propuesta en versiones previas, en la práctica, de todos modos, los múltiples, complicados y confusa sistemática sugerida por el DSM-V plantearán problemas en la práctica clínica diaria y consumirían demasiado tiempo para ser alguna vez usados por clínicos. Otro efecto colateral de la aplicación del DSM-V será la eliminación que se hace de cinco de los trastornos de personalidad presentes en otras versiones previas (paranoico, narcisista, histriónico, dependiente y esquizoide). En el DSM-V se proponen cinco categorías específicas definidas dimensionalmente por sus rasgos correspondientes: *antisocial/psicopático; límite; evitativo; obsesivo/compulsivo; y esquizotípico*. Son éstas las categorías que tienen un mayor respaldo empírico y las que más correlacionan con las dimensiones de personalidad propuestas (antisocial-psicopático, con antagonismo y desinhibición; límite, con emocionalidad negativa y desinhibición; evitativo, con emocionalidad negativa e introversión; obsesivo-compulsivo, con compulsividad; y esquizotípico, con esquizotipia).

Tabla 1. Diferencias entre la clasificación del DSM-IV-TR y la DSM-5

Características del DSM-IV-TR	Características del DSM-5
<p><b>Eje I: Trastornos clínicos.</b> Incluye todos los trastornos clínicos salvo los Trastornos de Personalidad y el Retraso Mental que se codifican en el eje II. Puede incluir varios diagnósticos.</p> <p><b>Eje II: Trastornos de la personalidad. Retraso mental.</b> También puede utilizarse para hacer constar mecanismos de defensa y características desadaptativas de la personalidad. Si cumple criterios para más de uno se deben codificar todos.</p> <p><b>Eje III. Problemas médicos.</b> Incluye las enfermedades médicas actuales que son potencialmente relevantes para la comprensión o abordaje del trastorno mental del sujeto sean o no la causa del mismo. No es lo mismo en este sentido tener sintomatología depresiva reactiva al diagnóstico de una enfermedad incurable que, por ejemplo a consecuencia de un tratamiento esteroideo, o a consecuencia de un hipotiroidismo, pero en cualquiera de los casos es interesante tomarlo en consideración desde el diagnóstico y hay que codificarlo, si procede, en ambos ejes.</p> <p><b>Eje IV. Problemas psicosociales y ambientales.</b> Se registran los problemas psicosociales y ambientales que pueden afectar al diagnóstico, al tratamiento y al pronóstico de los trastornos mentales (Ejes I y II). Un problema psicosocial o ambiental 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.</p> <p><b>Eje V. Evaluación de la actividad global.</b> Es la opinión del clínico sobre el funcionamiento global del paciente. Puede hacerse utilizando la escala de evaluación de la actividad global (EEAG) que es una escala numérica que va de 1 a 100 en función de la actividad psicológica, social y laboral del paciente.</p>	<p><b>Módulo 1:</b> similar al eje 1 actual y con algunos añadidos del eje 2.</p> <p><b>Módulo 2:</b> síntomas valorados dimensionalmente (síntomas positivos, negativos, maníacos, depresivos, deterioro cognitivo, ansiedad, síntomas obsesivo compulsivos, uso de sustancias, impulsividad, suicidabilidad, conducta alimentaria, problemas de sueño, problemas sexuales).</p> <p><b>Módulo 3:</b> pruebas de laboratorio (genotipo, neuroimagen estructural y funcional, latencia REM, tests hormonales, datos cognitivos).</p> <p><b>Módulo 4:</b> problemas médicos no psiquiátricos (diabetes, obesidad, cáncer, enfermedad cardiovascular, etc).</p> <p><b>Módulo 5:</b> evaluación psicológica (personalidad y conducta habitual del sujeto).</p> <p><b>Módulo 6:</b> cuestiones sociales (factores del entorno y funcionamiento social).</p>

En resumen los clínicos deberán llevar a cabo tres valoraciones dimensionales: GRAVEDAD, COMORBILIDAD Y PERSONALIDAD. Las dimensiones son mayormente apropiadas para describir fenómenos distribuidos en forma continua, que pueden ser reducidos a números. Se ha aceptado que sumar dimensiones ayudaría a resolver el problema del sistema categorial de límites difusos, incrementando la precisión de los diagnósticos psiquiátricos. Sin embargo, este hecho nunca ha logrado consenso sobre cuáles dimensiones elegir y como medirlas mejor. Las propuestas dimensionales del DSM-V son especialmente problemáticas, complejas, vagas, no probadas y claramente prematuras. Es más, para los clínicos este sistema de puntuación es poco familiar y requiere de más tiempo del hasta ahora utilizado en la práctica.

### NUEVOS DIAGNÓSTICOS INCLUIDOS EN LA DSM-5

La Tabla 2 recoge los diagnósticos incluidos en la DSM-V que mayor polémica han suscitado en la comunidad científica. Las consideraciones que se incluyen han sido publicadas por Allen Frances titulado “abriendo la caja de Pandora” (2010).

Tabla 2. Diagnósticos incluidos en la DSM-V que no estaban incluidos en la DSM-IV-TR

<p>SINDROME DE RIESGO DE PSICOSIS                  TRASTORNO COGNITIVO MENOR                  TRASTORNO POR ATRACONES                  TRASTORNO DISFUNCIONAL DEL CARACTER CON DISFORIA                  TRASTORNO COERCITIVO PARAFILICO                  TRASTORNO DE HIPERSEXUALIDAD                  TRASTORNO DE DEFICIT DE ATENCIÓN CON O SIN HIPERACTIVIDAD                  TRASTORNO DE ESPECTRO DE AUTISMO                  DUELO=EQUIVALENTE A DEPRESION MAYOR                  PEDOHEBEFILIA                  TRASTORNO DE ADICCION</p>
--

**El síndrome de riesgo de psicosis** es ciertamente la más preocupante de las sugerencias hechas para el DSM-5. En el intento de identificación temprana a sujetos con posible riesgo de psicosis, existe una buena intención, pero parece prematura y puede ser peligrosa. Esto no quiere decir que no se preste especial atención a este grupo de sujetos, sino que se debería esperar a que existiese un test diagnóstico específico y un tratamiento seguro, que asegurase la posible progresión. La inclusión de este trastorno puede provocar un aumento alarmante de falsos positivos y puede constituir el blanco de la industria farmacéutica, toda vez que las sociedades occidentales parecen especialmente proclives a utilizar fármacos para evitar cualquier tipo de malestar de la vida.

Cientos de miles de adolescentes y jóvenes adultos recibirían una innecesaria prescripción de antipsicóticos atípicos.

**El trastorno cognitivo menor** aparece definido por síntomas inespecíficos de leve deterioro, que son muy comunes (quizás hasta ubicuos) en personas de más de 50 años. Para protegerse contra falsos positivos, el manual propone un criterio que requiere una evaluación cognitiva objetiva para confirmar que el individuo ha sufrido un descenso en su rendimiento cognitivo. Pero conseguir un punto de referencia significativa es imposible en la mayoría de los casos, y el umbral ha sido diseñado para incluir un importante número de casos (13.5% de la población). La sugerencia de realizar tests objetivos será probablemente ignorada en determinados ambientes como Atención Primaria. Medicalizar los déficits cognitivos, que son de esperar a esas edades, provocará un innecesario tratamiento con prescripciones no efectivas. Esto, sin duda, logrará una gran popularidad, ya que habrá seguramente una alta tasa de respuesta a placebo.

**El trastorno de atracones** tendrá en la población general una tasa estimada de 6% y ésta probablemente será mucho más alta cuando el diagnóstico se haga popular y sea realizado en Atención Primaria. Las decenas de millones de personas que se dan estos atracones una vez a la semana a lo largo de 3 meses podrían, de pronto, tener un “trastorno mental”, provocando un mayor estigma y el uso de medicaciones de probada ineficacia.

**El trastorno disfuncional del carácter con disforia**, en opinión de algunos autores, es una de las más peligrosas y pobremente concebidas sugerencias del DSM-5, con lo que determinadas alteraciones caracteriales, pasan a tener categoría de trastorno y por tanto objeto de medicalización. El “diagnóstico” será muy común en la población general y podría promover una gran expansión en el uso de medicaciones antipsicóticas, con todos los serios riesgos que esto conlleva. Aparentemente, el Grupo de Trabajo intentaba corregir los excesivos diagnósticos de trastorno bipolar en la infancia -pero su sugerencia está tan pobremente escrita que no podría de ninguna manera lograr ese objetivo-, en cambio podría crear un nuevo “problema”. La deficiente aplicación de este diagnóstico proveería de una excusa que permitiría cubrir la responsabilidad personal y provocar graves problemas a los forenses.

**El trastorno coercitivo parafilico** hará que un importante número de delincuentes sexuales pasen a ser sujetos con un “trastorno mental”. Este trastorno fue inicialmente considerado para ser incluido en el DSM-III-R (bajo el nombre de violación parafilica) pero fue rechazado a causa de que era imposible de diferenciar, de forma fiable, a aquellos violadores cuyas acciones son el resultado de una parafilia de la gran mayoría de violadores motivados por otros factores (tales como el poder). El diagnóstico está inevitablemente basado exclusivamente en el comportamiento de la persona, llevando a una potencialmente alarmante tasa de falsos positivos.

**El trastorno de hipersexualidad**, en opinión de Frances, será un regalo para los buscadores de excusas en los falsos positivos y un potencial desastre forense.

**Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH).** Las definiciones del DSM-IV-TR se han modificado en la nueva clasificación contribuyendo a aumentar las tasas de TDAH, acompañado de un generalizado abuso de medicaciones estimulantes para la mejora de la actividad y puede provocar un aumento del mercado secundario ilegal. Hay cuatro sugerencias para el DSM-V que contribuirán a aumentar el sobrediagnóstico del TDAH:

- El primer cambio es el de elevar la edad requerida de comienzo de 7 a 12.
- El segundo es permitir el diagnóstico basado sólo en la presencia de síntomas, no requiriendo discapacidad.
- El tercero es reducir a la mitad el número de síntomas requeridos para adultos. Estos 3 cambios reducen significativamente la especificidad del diagnóstico de TDAH en adolescentes y adultos y producirán un posterior flujo de falsos positivos y en mal uso resultante de los estímulos para el mejoramiento del funcionamiento del paciente.
- El cuarto cambio es permitir el diagnóstico de TDAH en presencia de autismo. Esto podría crear la interacción de dos falsas epidemias, impulsando el uso aumentado de estimulantes en una población especialmente vulnerable.

**Trastorno de espectro de autismo.** Con este nuevo diagnóstico el síndrome de Asperger pasa a integrarse en esta nueva y unificada categoría. Aquellos con Asperger (que es mucho menos invalidante) serán estigmatizados por su asociación con el trastorno autista clásico. Aún más, en la práctica clínica, los no-expertos, pueden contribuir a incrementar este grupo diagnóstico, pobremente definido.

**La medicalización del duelo.** El DSM-5 podrá invalidar los 30 años de utilización del diagnóstico de Depresión Mayor, al proponer que se lleve a cabo en aquellos individuos cuya reacción al duelo, encaje sintomáticamente con el episodio Depresivo Mayor (por ejemplo: dos semanas de ánimo depresivo, pérdida de interés en actividades, insomnio, pérdida de apetito, y problemas en concentrarse inmediatamente posteriores a la pérdida del cónyuge, serán un trastorno mental). Esto es un sorprendente y radical cambio que podría ayudar a algunos individuos, pero causará un enorme problema de falsos positivos, especialmente porque hay mucha variabilidad individual y cultural que pueden incidir en el sobrediagnóstico. Por supuesto, el duelo se transformará en un blanco extremadamente atractivo para la industria farmacéutica.

**La pedohebefilia** es uno de los trastornos más pobremente descritos e inviables. Expandir la definición de pedofilia para incluir púberes medicalizará el comportamiento criminal y posteriormente llevará al abuso de la psiquiatría por el sistema legal. Cierta-

mente, el sexo con víctimas menores debe constituir un objetivo de las políticas de prevención, pero esto debe acompañarse de un estatuto legal y la existencia de penas apropiadas, no mediante un *hágase* de ello un trastorno mental.

**El trastorno de Adicción.** El DSM-5 propone eliminar la distinción entre abuso y dependencia de la sustancia, bajando el umbral para diagnosticar la nueva categoría de “adicción” que reemplaza a ambas. Esta confusión del abuso episódico con el uso compulsivo continuo conduce a perder información clínica sobre sus muy diferentes tratamientos y sus implicaciones pronósticas. También parece innecesariamente estigmatizante, llevando erróneamente a etiquetar con la dura palabra adicción a aquellos cuyo problema está restringido al uso intermitente de sustancias.

Tradicionalmente hemos tenido un concepto bi-axial (Basado en el síndrome de dependencia), donde había criterios para la dependencia y para las consecuencias del uso (Edwards, 2012). En la mayor parte de los sujetos con dependencia existe el antecedente del trastorno por abuso, pero no todos los que abusan acaban dependiendo de la sustancia. Los integrantes del grupo de trabajo de la DSM-5 consideran que el error fue incluir en el DSM-III el diagnóstico de dependencia en lugar de el de adicción (O’Brien, 2012), pero lo cierto es que la homogenización de abuso y dependencia por un único diagnóstico de adicción conllevará a aumentar la tasas de estos trastornos y a estigmatizar a aquellas personas que pueden tener episodios de abuso sin que eso signifique que dependan de la sustancia. Como se recoge en la Tabla 3, las diferencias entre la conducta adictiva y la habituación a una sustancia hacen que sea especialmente delicado este asunto. Aunque el término de adicción ha ganado bastante aceptación, sin embargo puede existir cierta confusión entre hábito y adicción, lo que suele llevar al uso inadecuado de “adicción”. Ya que el término de dependencia incluye los aspectos psicológicos y físicos se debería mantener en término de dependencia en lugar de adicción.

Tabla 3. Diferencias entre adicción y hábito

Adicción	Habituación
Es un estado periódico o crónico de intoxicación producido por el continuado uso de una sustancia (natural o sintética) y en cuyas características se incluyen: (i) deseo o necesidad de tomarla o de continuar tomándola (compulsión); (ii) tendencia a aumentar la dosis; (iii) manifestaciones psicológicas y físicas de depender de la sustancias; (iv) efectos negativos en el sujeto y para la sociedad.	Condición resultante del repetido consumo de una sustancia que se caracteriza por: (i) deseo (no compulsivo) de continuar tomándola para sentir la satisfacción de sus efectos; (ii) escasa tendencia a aumentar la dosis; (iii) algún grado de dependencia psicológica de sus efectos, pero no hay manifestaciones de síndrome de abstinencia, (iv) no suele haber consecuencias negativas para la sociedad, aunque puede haberlas para el sujeto.

De otro lado, la categoría de **adicciones conductuales** será incluida en la sección de adicciones a sustancias y en ella se encontrará el **juego patológico** (antes estaba en la sección de trastornos del control de los impulsos). Este hecho, aunque razonable, puede abrir la puerta para la inclusión, por la puerta de atrás, de una variedad de diagnósticos que hasta ahora no han tenido el respaldo de las correspondientes investigaciones (por ejemplo: “adicciones” a comprar, al sexo, al trabajo, a la tarjeta de crédito, a los videojuegos, etc.) bajo la amplia rúbrica de “adicciones conductuales no especificadas”. El constructo “adicciones conductuales” puede representar una medicalización de las elecciones de vida, provee una excusa para descargar la responsabilidad personal, y fácilmente sería utilizada erróneamente en esquemas forenses.

### POSIBLES REPERCUSIONES DE LA INTRODUCCIÓN DEL DSM-5.

Una de las previsible consecuencias de la nueva clasificación será la de aumentar la prevalencia de los trastornos mentales en la población general debido a la creación de nuevos diagnósticos que son muy frecuentes en la población general y al descenso de los umbrales para los diagnósticos ya existentes. La DSM-V creará muchos falsos positivos lo que conllevará a un aumento de los tratamientos médicos de los mismos e incluirá comportamientos normales con la rúbrica de “enfermedades mentales”.

La supresión de los clásicos ejes producirá la pérdida de mucha información clínica valiosa. El diagnóstico multiaxial provee una aproximación para distinguir entre estado y rasgo (eje I versus eje II), para determinar las contribuciones de las patologías médicas (eje III), y de estresores (eje IV) al diagnóstico y tratamiento de trastornos psiquiátricos. La puntuación GAF (eje IV) provee el estimado más conveniente y familiar de funcionamiento global. Modificar todo este entramado sin haber ofrecido razonamiento comparativos, puede generar un importante perjuicio al desarrollo científico de la Psiquiatría. El mayor impacto general procede de la sugerencia de eliminar el criterio de “significación clínica” requerido en el DSM-IV para cada trastorno. Esto desdibujará los límites entre lo patológico y la normalidad, y parece atentar contra la manera en que las otras ramas de la Medicina afrontan este problema. Al eliminar este requerimiento se reduciría el papel del juicio clínico, transformándolo en un guardián para determinar la “presencia o ausencia de trastornos mentales”, y así se incrementarían, aún más, las infladas tasas de diagnósticos psiquiátricos.

### DSM-5 VERSUS EL MODELO MÉDICO.

La Tabla 4 recoge las principales diferencias entre la clasificación propuesta en el DSM-5 y el modelo médico tradicional. Básicamente, la DSM-5 utiliza una aproximación des-

criptiva de los cuadros clínicos donde no suele haber una jerarquía de síntomas, se utiliza más de una variable para la clasificación (politético) e incluso, en ocasiones, todos los síntomas tienen el mismo valor. Esto relega al clínico al papel de “mero notario” de que el paciente presenta los síntomas necesarios para cumplir tal o cual diagnóstico. Por el contrario, el modelo médico tiene una base etiopatogénica, jerarquiza los síntomas entre primarios y secundarios y el clínico es quien determinar si la magnitud de las síntomas y sus repercusiones configuran una entidad clínica merecedora de diagnóstico o no.

Tabla 4. Diferencias entre el modelo de clasificación asumido en el DSM y el modelo clásico

Modelo DSM	Modelo médico clásico
Aproximación descriptiva a la entidad (lista de síntomas-conductas)	Aproximación etiopatogénica (síndrome)
Diagnóstico basado en el cumplimiento de criterios operativos	Diagnóstico basado en la subjetividad del clínico sobre si el sujeto se acerca o no al ideal tipológico
Falta de ordenación jerárquica de los síntomas	Diferenciación entre síntomas primarios y secundarios
Uso de criterios politéticos con umbrales diagnósticos cuantitativos (ningún síntoma es tenido por todos los de una clase)	Jerarquización de síntomas

En conclusión, el nuevo DSM-5 puede generar una mayor medicalización de conductas que no son claramente enfermedades. Su aplicación en la práctica diaria será muy complicada y posiblemente consiga un efecto pendular en la nosografía psiquiátrica.

## BIBLIOGRAFÍA.

- Allen Frances: Opening Pandora’s Box: The 19 Worst Suggestions For DSM5
- Psychiatric Times , 11 de febrero de 2010
- Edwards G. The evil genius of the Habit: DSM-5 seen in historical context. 73(4):699-701
- O’Brien Ch. Rationale for Changes in DSM-5. J Studies on Alcohol and Drugs 2012; 73:705.

## DROGAS DE ABUSO: ANÁLISIS Y DETECCIÓN. INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Esperanza Ortiz Jimenez  
Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid

### 1. CADENA DE CUSTODIA EN MUESTRAS BIOLÓGICAS.

La cadena de custodia es el proceso usado para documentar la obtención, manipulación, conservación, almacenamiento y transporte de una muestra, incluyendo análisis, informes y revisión de resultados.

La finalidad de la cadena de custodia es asegurar:

- Que todo el proceso de análisis de drogas se lleva a cabo para dar información exacta y fiable sobre el análisis de drogas del donador.
- La reproducibilidad y trazabilidad de toda la acción desde la obtención de la muestra hasta el resultado analítico.
- La seguridad en los resultados del test.

Los puntos **críticos** de la cadena de custodia se encuentran en los siguientes procesos:

- Selección del paciente.
- Emisión de la muestra.
- Recogida.
- Etiquetado y transporte.
- Bioquímico de análisis.
- Comunicación de resultados.

### 2. MUESTRAS PARA ANÁLISIS DE DROGAS DE ABUSO.

#### a. Sangre y Tejidos

Las drogas y sus metabolitos desaparecen rápidamente y se distribuyen a los tejidos, por tanto su detección en sangre supone un consumo reciente (unas pocas horas). La utilización más corriente de la sangre es en la investigación de alcohol.

Necesita una metodología cara, lenta y sofisticada (Técnicas confirmatorias cromatográficas), por lo que sangre y tejidos se analizan preferentemente en medicina forense.

#### **b. Saliva**

La principal ventaja sobre las muestras tradicionales es que su obtención es sencilla, no invasiva y se puede efectuar por personal no cualificado. Dicha obtención puede ser observada sin que se pueda esgrimir un posible atentado contra la de intimidad del individuo. Además, de esta manera, se evita la adulteración o sustitución de las muestras.

Nos proporciona una estimación de la concentración real que circula en sangre.

Debido a que la ventana de detección suele variar entre 1-2 días, se puede utilizar únicamente como indicador de un consumo reciente.

Existen 4 limitaciones evidentes:

- La pequeña cantidad de muestra disponible y las bajas concentraciones presentes; por lo que necesita de métodos muy sensibles.
- Posible contaminación de la matriz por la acumulación de la sustancia en la cavidad oral.
- Un resultado positivo necesita confirmación.

Tras la revisión exhaustiva de la información existente sobre dispositivos de detección, métodos de confirmación y posible correlación entre concentraciones obtenidas en saliva y las existentes en sangre, podemos concluir que los conocimientos actuales no permiten establecer una relación directa entre una determinada concentración en fluido oral y la posibilidad de sufrir un accidente de tráfico, a pesar de que si se sabe que el consumo de drogas de abuso afecta a la conducción.

#### **c. Pelo**

El pelo es la matriz biológica de elección en el análisis de drogas de abuso cuando:

- Se trata de establecer un consumo crónico de drogas.
- Se intenta determinar si existió una adicción en el pasado.
- Se quiere conocer el perfil cronológico del consumo.

Por todos estos motivos, en los últimos años ha aumentado considerablemente el empleo del pelo en el ámbito de la toxicología analítica.

La muestra de pelo se obtiene de la zona occipital del cuero cabelludo, debido a que en esta localización presenta una menor variabilidad en la velocidad de crecimiento, el número de folículos en fase anágena es más constante y está menos sujeta a variaciones por edad y sexo, cosa que no ocurre en otras localizaciones (pública, axilar, pectoral, cara). La cantidad mínima de muestra a recoger son 33 mg.

Según la SOHT, Society Of Hair Testing, se cuantifica el crecimiento en 1 cm /mes.

Las ventajas que supone el pelo en análisis de drogas son:

- No falsificación por abstinencia o adulteración.
- Recogida sin invadir privacidad de la persona.
- Posibilidad de una segunda muestra para comparación o contraanálisis.
- Estabilidad de la muestra y la droga.
- Almacenamiento indefinido sin refrigeración.
- Detección de consumo en el tiempo y cronicidad.

Por otro lado, también tiene los siguientes inconvenientes:

- Caro, instrumental sofisticado, personal cualificado.
- Sin posibilidad de automatización.
- En caso de investigar la secuencia en el tiempo, los fragmentos de pelo también hay que analizarlos uno a uno.
- Análisis retrospectivo dependiendo de la longitud.
- Si se quiere secuenciar el consumo, el paciente no puede cortarse el pelo entre muestra y muestra.
- Falsos resultados positivos por contaminación exógena.
- Falsos resultados positivos por ingesta pasiva.
- Tratamientos capilares agresivos (decoloraciones, tintes y permanentes).

#### **d. Sudor**

La muestra de sudor para la realización del análisis, se obtiene a través de los parches transdermicos. La idea fundamental es usar el parche como un apósito que absorbe a las drogas contenidas en el sudor.

Las ventajas que supone el uso de esta muestra biológica son:

- Recogida de muestra cada 7 a 10 días.
- Fácil aplicación y retirada.
- Dificil contaminación ambiental.
- Es fácil observar la posible manipulación.
- Método no invasivo y no afecta a la intimidad del individuo.

Por otro lado, los inconvenientes que presenta son:

- Son caros.
- Las concentraciones de las drogas en sudor son muy bajas.
- La metodología analítica es cara y necesita personal cualificado.
- La integridad del parche se deteriora mucho con temperaturas altas y sudoración profusa.
- Hay individuos que desarrollan procesos alérgicos al parche.

**e. Orina**

Las ventajas que supone el uso de la orina en el análisis de drogas son:

- Método no agresivo para el sujeto.
- Menor cantidad de sustancias que pueden interferir en el análisis.
- No susceptible de contaminación de medio ambiente.
- Mayor tiempo de detección de tóxicos o sus metabolitos.
- Bajo costo.
- Aplicable directamente en inmuno-análisis sin preparación previa.

Pero también adolece de ciertos inconvenientes, como son:

- Necesita supervisión directa que garantice la no manipulación.
- Afecta a la intimidad del individuo.
- Tomar una muestra en un momento determinado no es siempre posible
- La observación de la recogida es más difícil en mujeres.
- La conservación de la muestra durante tiempo necesita congelación.
- No se pueden equivaler las concentraciones de drogas en orina con sus correspondientes en sangre, para saber, como pasa con el alcohol, si el individuo está en el momento del análisis bajo la influencia de la sustancia.

**3. METODOLOGÍA ANALÍTICA.**

En el análisis de drogas se utilizan dos métodos fundamentalmente, que son:

- **Métodos Presuntivos:** Semicuantitativos, o excepcionalmente cualitativos. Fundamentalmente hablamos de **Inmunoensayos** (distinguen presencia/ausencia), entre los que destacan:
  - Enzimoinmunoensayos (EMIT) (CEDIA).
  - Radioinmunoensayos (RIA).
  - Fluorescencia Polarizada (FPIA).
  - Inmunoturbidimetría.
  - Inmunocromatografía.

Los inmunoensayos aportan entre sus ventajas:

- Simples, rápidos, baratos, versátiles.
- Poco volumen de muestra y no necesidad de pretratamiento de la misma.
- Posibilidad de determinar varios analitos al mismo tiempo.
- La mayoría fácilmente automatizables.
- En general buena sensibilidad y especificidad.

Sin embargo, también tienen como inconveniente el ser susceptibles de interferencias, produciendo entonces, falsos positivos y negativos.

- **Métodos de Confirmación:** Son métodos cuantitativos, y entre ellos se distinguen:

- **Cromatografías**, son métodos de identificación de sustancias:
  - HPLC (Líquida alta presión).
  - GS (gases).
  - MS (espectrometría masas).
  - GS/MS.
- **Métodos espectrofotométricos:**
  - UV/VIS, IR (Ultravioleta/visible, Infrarrojo).
  - Absorción atómica.

Las ventajas de estos métodos son:

- Métodos de confirmación.
- No sujetos a falsos positivos.
- Gran sensibilidad y especificidad.

Por su parte, los inconvenientes:

- Complejos, lentos y caros.
- Personal experto en montaje de técnicas e interpretación de resultados.
- Los analitos se tienen que identificar uno a uno.

**4. ELIMINACIÓN Y TIEMPOS DE DETECCIÓN.**

Los tiempos de detección de las drogas de abuso van a depender de:

- La muestra biológica a investigar.
- La cantidad de sustancia ingerida.
- La pureza de dicha sustancia.
- La metodología analítica utilizada.
- El metabolismo individual.
- Medicaciones.
- Enfermedades.

Por sustancias, los tiempos de detección orientativos son:

- **Opiáceos:**
  - Heroína, Codeína, Morfina.- 1 a 4 días
  - Metadona: 4 a 8 días
- **Cocaína:** 3- 12 días
- **Cannabis:** 7-80 días
- **Benzodiazepinas:** 3-20 días
- **Anfetaminas/metamfetaminas:** 1-3 días



## 5. INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Los resultados obtenidos se plasman en el **Informe de resultados**, en que deben figurar los siguientes datos:

- Identificación del emisor de la muestra.
- Fecha de la toma de muestra.
- Fecha de la realización del análisis.
- Laboratorio donde se ha realizado la analítica.
- Metodología analítica empleada.
- En caso de presuntivos, cortes de positividad de la droga analizada.
- Resultado cuali/cuantitativo.
- Firma del analista.
- Observaciones al análisis.

Cuando el resultado que consta en el informe es **negativo**, puede ser interpretado como:

- No consumo.
- Eliminación de la sustancia.
- Adulteración de la muestra.
- Errores.

Por su parte, los resultados **positivos** se pueden interpretar como:

- Consumo
- Reactividad cruzada (falso positivo)
- Errores.

Finalmente es necesario tener en cuenta ciertos controles de validación, a saber:

- Si la muestra se presenta en perfectas condiciones para ser procesada.
- Control de temperatura y color.
- Resultados de los diferentes test de adulteración previos a la lectura de resultados de drogas.

## 6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- Toxicología fundamental. Manuel Repetto. 3ª Edición. Díaz de Santos.
- Farmacología humana. Florez. 5ª Edición.
- Farmacología. Rang. 5ª Edición.
- ISO 11843-1. Capability of detection. Part 1: Terms and definitions. ISO, Genève, 1997
- Hernán Martínez Glattli .Hojas Clínicas de Salud Mental N° 22. BENZODIAZEPINAS. Médico Psiquiatra. Docente de la Cátedra de Psicofarmacología. Facultad de Psicología. UBA.

- <http://www.quimica.urv.es/quimio>
- UNINET (<http://tratado.uninet.edu/indice.html>)
- Isenschmid, DS, Fischman MW, Foltin RW, Caplan YH. Concentration of cocaine and metabolites in plasma of human following intravenous administration and smoking of cocaine. *J Anal Toxicol* 1992. Sep-Oct 16:311-4.
- Monografía del cannabis. Revista Adicciones, suplemento 2 ( Vol. 12)
- Drogodependencias: farmacología, patología, psicología. Legislación. Madrid 1999. Editorial Médica Panamérica.
- Esther Río Soriano Farmacología del Cannabis.
- Instituto Deusto de Drogodependencias. Avances en Farmacología de Drogodependencias. (1998). Edición Universidad Deusto.
- Flórez J. Fármacos analgésicos opioides. Flórez J, Armijo JA, Mediavilla A, editores.
- Farmacología humana. 4ª ed. Barcelona: Masson; 2003. p. 461-478.
- 13 Cami J, Farre M. Drug addiction. *N Engl J Med* 2003;349:975-86
- Rang HP, Dale MM, Ritter JM, Moore PK editores. Farmacología. 5ª ed. Madrid: Elsevier; 2004. p. 562-583.
- Y. ÁLVAREZ, M. FARRÉ. Farmacología de los opioides. 2005 Vol. 17, Suplemento 2- Pag. 1-340.
- Elisabeth J. Rook1,\* , Alwin D.R. Huitema2 , Wim van den Brink3,4, Jan M. van Ree3,5 and Jos H. Beijnen 2,6. Pharmacokinetics and Pharmacokinetic Variability of Heroin and its Metabolites: Review of the Literature. *Current Clinical Pharmacology*, 2006, 1, 109-118 109 1574-8847/06 \$50.00+.00 2006 Bentham Science Publishers Ltd
- UTRILLA, P. Aspectos farmacológicos de las anfetaminas. *Pharmacological Aspect of Amphetamines*. Departamento Farmacología. Facultad de Farmacia. Campus de Cartuja. Universidad de Granada. 18071 Granada. España.
- Colado, M.I.; Lorenzo, P. (1995) MDMA (Extasis): Farmacología y Toxicología. En Bobes, J. Extasis aspectos Farmacológicos, psiquiátricos y médico-legales. Citrán. Barcelona. pp 1-46.
- Andros Corral Payá .Fundamentos y funciones de la espectrometría de masas. Valencia, mayo 2006 .Universidad de Valencia, Facultad de Farmacia, Departamento de química analítica.
- Barnett G, Hawks R, Resnick R (1981). "Cocaine pharmacokinetics in humans". *J Ethnopharmacol* 3 (2-3): pp. 353-66.
- Gold M. S. Cocaine (and Crack): Clinical Aspects. In: Lowinson J. H.; Ruiz P.; Millman R. B. und Langrod J. G. (Hrsg.) Substance Abuse: A Comprehensive Textbook 2, 2. Aufl., Baltimore, Williams & Wilkins, 1992, S. 205.
- Paul Dempsey, et al: Amphetamine & Its Analogs: Psychopharmacology, Toxicology, & Abuse. Academic Press 1994, 503 páginas.
- D. J. Greenblatt, R. I. Shader, M. Divoll, and J. S. Harmatz. Benzodiazepines: a summary of pharmacokinetic properties. *British journal of clinical pharmacology*. 11-16. 1981.
- Goodman and Gilman's (1996). "17", the pharmacological basis of therapeutics., 9 edición, New York: Pergamon Press

- Alan H.B. Wu et al. CEDIA for screening Drugs of abuse in Urine and the Effect of Adulterants. Journal of Forensic Sciences. 1.994.
- Roger D. Weiss, M.D. Protracted Elimination of Cocaine Metabolites in Long-Term, High-Dose Cocaine Abusers. The American Journal of Medicine. Volume 85. 1988.
- Jan Hasselstrom, Juliette Sawe. Morphine Pharmacokinetics and Metabolism in Humans. Clin. Pharmacokinet, 24 (4): 344-354. 1993.
- E.J. Cone, P.Welch, J.M. Mitchell, B.D. Paul. Forensic Drug Testin for Opiates: Detection of 6-acetylmorphine in Urine as an Indicator of Recent Heroine Exposure; Drug and Assay Considerations and Detection Times. Journal of Analytical Toxicology, Vol 15. 1991.
- O. Beck, P.Lafolie, P. Hjemdahl, S. Borg, G. Odelius, P. Wirbing. Detection of Benzodiazepine Intake in Therapeutic Doses by Immunoanalysis of Urine. Two Techniques Evaluated and Modified for Improved Performance. Clin. Chem. 38/2, 271- 275. 1992.
- M. Vegue, E. Alvaro, F. Stenberg, M. Martin, D. Martinez. Utilidad de los parches para el análisis de drogas en sudor en un grupo de reclusos de Madrid. Adiciones 2005. Vol 17 Num. 2. Pags. 139-144.
- E.J. Cone, P.Welch, J.M. Mitchell, B.D. Paul. Forensic Drug Testin for Opiates. Metabolism and Excretion Rate of Morphine In Humans After Morphine Administration. Journal of Analytical Toxicology, Vol 15. 1991.
- GK. Gourlay. Advances in opioid pharmacology. Support Care Cancer 2005. 13: 153-9.
- Comite de Comunicación de la Sociedad Española de Bioquímica Clínica y Patología Molecular. Interferencias en la medición de drogas de abuso en orina.
- www.workplace.samhsa.gov
- AGSA Swiss Group. Drugs of Abuse Testing Guidelines. United Kingdom Laboratory Guidelines for Legally Defensible Workplace Drug Testing.
- Preston, K; Silverman, K; Schuster C; Cone, E.J. Uso del análisis cuantitativo de orina en la supervisión del consumo de Cocaína”. Programa de Investigación Intramural del NIDA.
- Wolf, K; Farrell, M; Marsden, J; Monteiro, M.G; Alí, L; Welch S; Strang, J. “Revisión de los indicadores biológicos de uso ilegal de drogas, consideraciones prácticas y utilidad clínica”. RET nº 28, 2001
- Campuzano Maya, G; Arbeláez Gómez, M. “El uroanálisis: un gran aliado del médico”. Urología Colombiana. Marzo 2007
- “Pruebas biológicas en Psiquiatría Legal”. Universidad de Oviedo en www.unioviedo.es/psiquiatria/.../PL-laboratorio-03.ppt
- Doadrio Marsal, J. “Análisis de drogas de abuso. Programas de detección” en Manual de drogodependencias para enfermería. C/o Martínez Ruiz, M; Rubio Valladolid, G. Comunidad de Madrid. AGAD 2002.
- http://www.druid-project.eu.
- Rosario García-Repetto, Angeles Pérez-Torres y Maria Luisa Soria-Sánchez. Conducción bajo los efectos de sustancias psicoactivas: correlación de las concentraciones en fluido oral y sangre. Revista española de medicina legal. Elsevier Doyma.

## LA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA FORENSE DEL DAÑO PSÍQUICO

José Manuel Muñoz Vicente

Psicólogo Forense

Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad de Madrid

### INTRODUCCIÓN.

La Psicología forense, pericial o psicología aplicada a los Tribunales es la rama de la Psicología Jurídica<sup>1</sup> que aplica sus conocimientos y técnicas para ayudar a jueces y tribunales en su toma de decisiones (Muñoz, Manzanero, Alcázar, González, Pérez y Yela, 2011).

El psicólogo forense es, por tanto, el especialista en la relación de *valoraciones psico-legales*, actividad técnica que consiste en poner en relación aspectos del funcionamiento psicológico con cuestiones jurídicas. Esta actividad técnica se lleva a cabo a través del *proceso de evaluación pericial psicológica* y es transmitido al operador jurídico demandante a través del *informe psicológico forense*, que se convierte en un *medio probatorio* más dentro del proceso judicial (Muñoz et al, op. cit.).

La valoración del *daño psíquico* se contextualiza dentro de la jurisdicción penal y es de interés jurídico por tres aspectos principales (Esbec, 2000):

- facilita la calificación del hecho al Ministerio Fiscal.
- facilita al juez el establecimiento de las indemnizaciones.
- puede ser tenido en cuenta para fundamentar hechos probados.

Respecto al último aspecto no debe confundirse la utilización de la valoración del daño psíquico para fundamentar hechos probados con valoraciones sobre la *credibilidad* de

<sup>1</sup> La Psicología Jurídica es la especialidad de la Psicología que desarrolla su investigación y metodología para mejorar el ejercicio del Derecho en general y la intervención del Sistema de Justicia en particular, entendiéndose por este Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, Administración de Justicia e Instituciones Penitenciarias (Muñoz et al., 2011).

las alegaciones de las víctimas. En el momento actual, aunque se manejan ciertos protocolos a este respecto, la realidad empírica es que únicamente en el ámbito del abuso sexual infantil la Psicología puede aportar datos con cierto rigor científico sobre la calidad de los testimonios de víctimas, siempre que el menor no tenga conocimientos detallados ni realistas sobre actividades sexuales o la complejidad de los hechos denunciados supere la capacidad cognitiva del menor (Manzanero, 2010; Diges, 2010).

La valoración psico-legal implica que el perito debe transformar a términos psicológicos cuestiones jurídicas. El concepto legal de *daño psíquico*<sup>2</sup> haría alusión así a todos aquellos desajustes psicológicos derivados de la exposición de la persona a una situación de victimización criminal (psicopatología traumática). El daño psíquico en terminología jurídica puede adoptar dos formas: *lesión psíquica* que hace referencia a una alteración clínicamente significativa que afecta en mayor o menor grado la adaptación de la persona a los distintos ámbitos de su vida (personal, social, familiar o laboral) y *secuela psíquica* que se refiere a la estabilización y consolidación de esos desajustes psicológicos (Echeburúa, De Corral y Amor, 2004). Para delimitar la secuela psíquica debemos introducir un elemento cronológico (2 años desde la exposición al delito) y atender a la estrategia clínica utilizada (terapéutica aplicada). En psicopatología la única secuela posible es la *modificación permanente de la personalidad* con la aparición de rasgos que dificultan la adaptación del sujeto a su entorno (i.e., dependencia emocional, suspicacia, hostilidad y aislamiento social).

## PSICOPATOLOGÍA TRAUMÁTICA.

Evaluar el impacto psíquico derivado de la exposición a una supuesta situación de victimización criminal, implica un amplio manejo por parte del perito de la psicopatología traumática.

Siguiendo la perspectiva traumatogénica, una situación de victimización criminal es un estresor psicosocial de primera magnitud en la vida de una persona (trauma) ya que es algo infrecuente en las experiencias humanas, desborda las estrategias de afrontamiento del sujeto y supone un grave riesgo para su seguridad. Estas situaciones son experimentadas, en la mayoría de los casos, con una fuerte emocionalidad negativa

<sup>2</sup> Debe diferenciarse entre el concepto de *daño psíquico* y *daño moral*. El primero haría referencia a las consecuencias psicológicas derivadas del delito siendo un concepto de base empírica, medible y objetivable y por tanto, objeto de la intervención pericial. El segundo haría referencia a todos aquellos sufrimientos de la persona derivados del perjuicio a bienes inmateriales como el honor o la libertad, siendo un concepto impreciso, acientífico y sin posibilidad empírica de cuantificación y por tanto, objeto de valoración por el juez y no por el perito (Esbec, 2000).

(vivencia traumática) susceptible de desestabilizar el estado psicológico del sujeto (Echeburúa, 2004).

Frente a otras vivencias traumáticas (i.e., desastres naturales, accidentes, muerte repentina de un ser querido, etc.) las situaciones de victimización criminal tienen una mayor probabilidad de producir un impacto negativo en el estado psicológico del afectado (la probabilidad pasa de un 15-20% para los primeros casos al 50-70% en los segundos) ya que provocan sensación de indefensión y vulnerabilidad, suponen la pérdida de la confianza en nuestros iguales y despiertan sentimientos de ira y vergüenza (Echeburúa et al, 2006).

Para valorar adecuadamente el impacto de una situación de victimización criminal debemos recurrir a la teoría del estrés transaccional (Lazarus y Folkman, 1986). Desde esta perspectiva el efecto a la exposición de un estresor de elevada magnitud estará en función de la interacción entre variables individuales y contextuales de la persona y la propia situación de victimización, donde se incluyen procesos cognitivos, emocionales y comportamentales, previos al suceso criminal, propio del mismo y posterior a este. La víctima desde este modelo teórico no es un agente pasivo del suceso, sino que tiene un papel activo en el proceso de ajuste (Soria, 2002).

Estudios desde la Psicología Positiva están evidenciando que la respuesta más común ante una experiencia traumática, aún de corte delictiva, es la resiliencia (35-55%), seguida de la recuperación espontánea (15-35%) y únicamente un reducido grupo de personas desarrollarían una patología traumática bien de carácter demorado (5-10%) o crónico (10-30%) (Bonanno, 2005). Desde esta perspectiva se critica el modelo traumatogénico por la sobreestimación de la respuesta traumática y los posibles efectos iatrogénicos derivados, al facilitar la perpetuación del afectado en el rol de víctima y ralentizar su proceso de readaptación (Vázquez, 2005).

La magnitud del impacto psíquico asociado a una situación de victimización criminal estará modulada por distintos factores que tradicionalmente se han agrupado en tres grupos: factores relacionados con el delito, factores de protección o resiliencia y factores de vulnerabilidad (Echeburúa et al, 2004).

A partir de los criterios de la teoría del estrés<sup>3</sup> se han descrito tres fases en la evolución del daño psíquico derivado de una situación de victimización criminal (Soria, 2005):

<sup>3</sup> Según este modelo teórico las reacciones postratamáticas son reacciones normales a una situación anormal (Sánchez y Soria, 1993).

FASE	DURACIÓN	CARACTERÍSTICAS
SHOCK o DESORGANIZACIÓN	De minutos a horas (reacción inmediata)	Shock activo: agitación, gritos, enturbiamiento de la conciencia, hiperactivación, deambulación
		Shock pasivo: catatonía, paralización o hipoactividad motriz, deambulación, enturbiamiento de la conciencia
REORGANIZACIÓN	De semanas a meses (reacción a corto plazo)	Tipo I: sintomatología traumática aguda
		Tipo II: Negación (reacción postraumática retardada)
READAPTACIÓN	Variables (6 meses a 2 años) (reacción a largo plazo)	Recuperación o cronificación de la sintomatología traumática

El aspecto temporal del proceso victimizatorio también ha de ser tenido en cuenta por el perito. Así, el periodo más idóneo para evaluar el daño psíquico se sitúa en torno a los 3-4 meses posteriores al hecho delictivo. Dicho lapso temporal facilita una adecuada valoración del curso y pronóstico del cuadro clínico (Soria, 2002). En las primeras actuaciones procesales inmediatas al delito puede demandarse la intervención del psicólogo forense para valorar la capacidad procesal de la persona denunciante evitando situaciones de inseguridad jurídica. También puede solicitarse al perito psicólogo una intervención en crisis que permita tras la estabilización del estado psicológico de la persona, el desarrollo de la diligencia procesal oportuna con adecuadas garantías procesales. En este segundo caso, si posteriormente se solicita del técnico una evaluación pericial, ésta debería ser realizada por otro psicólogo forense para salvaguardar la objetividad e imparcialidad que la actuación asistencial pudiera haber contaminado.

Los cuadros clínicos que más se han asociado a experiencias traumáticas siguiendo la nomenclatura DSM han sido (Sosa y Capafóns, 2005):

- Dentro de los trastornos de ansiedad:
  - Trastorno por estrés agudo (F43.0).
  - Trastorno de estrés postraumático (F43.1).
- Dentro de los trastornos disociativos:
  - Amnesia disociativa (F44.0).
  - Fuga disociativa (F44.1).
  - Trastorno de identidad disociativo (F44.81).
  - Trastorno por despersonalización (F48.1).
- Otros cuadros clínicos:
  - Trastorno psicótico breve con desencadenantes graves (F23.81).

- Trastorno de conversión (F44.x).
- Trastorno de somatización (F45.0).
- Trastorno Límite de Personalidad (F60.31).

La perspectiva nosológica es de interés en victimología forense para realizar valoraciones sobre el pronóstico clínico de la lesión psíquica y para valorar el grado de incapacidad funcional de la secuela psíquica.

Sin duda el cuadro clínico más representativo en psicopatología traumática es el trastorno de estrés postraumático (TEPT) (Echeburúa, De Corral y Amor, 1998). Muchas han sido las controversias surgidas sobre su uso y aplicación (Crespo y Gómez, 2012). Entre las áreas problemáticas está su capacidad para recoger la complejidad de la respuesta traumática. La alta comorbilidad que presentan los sujetos con este diagnóstico pudiera ser un indicador de sus limitaciones en este sentido (entre un 80-85% presentan otro diagnóstico psicopatológico)<sup>4</sup> (Pérez y Vázquez, 2006). Se ha propuesto como alternativa sindrómica el Trastorno de Estrés Postraumático Complejo (Herman, 1992) todavía en vías de validación por la comunidad científica internacional (López-Soler, 2008) (vid. Tabla 1).

TEPT (DSM-CIE)	TEPTC (Herman, 1992)
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Manifestaciones de reexperimentación: flashbacks, pesadillas o recuerdos. Son de naturaleza intrusiva, acaparan toda la atención del sujeto y provocan reacciones de terror intenso. Estas manifestaciones también aparecen cuando se expone a los sujetos a estímulos que recuerdan el trauma</li> <li>2. Respuestas de evitación y embotamiento emocional: incapacidad para experimentar emociones</li> <li>3. Hiperactivación psicofisiológica: hipervigilancia, alteraciones en el patrón del sueño, respuestas exageradas de sobresalto, dificultad para concentrarse, irritabilidad y ataques de ira</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Alteraciones en la regulación del afecto y de los impulsos: desregulación emocional (ira), conductas auto-destructivas, ideación suicida, inapetencia sexual, asunción excesiva de riesgos</li> <li>2. Alteraciones en la atención y la conciencia: dificultades en la atención y concentración, amnesia, episodios disociativos transitorios y despersonalización</li> <li>3. Alteraciones en la autopercepción: sentimientos de culpabilidad y vergüenza, sentimientos de ineficacia, incomprensión, minimización</li> <li>4. Alteraciones en la percepción del victimario: aceptación, dependencia e incorporación de su sistema de creencias</li> <li>5. Alteraciones en las relaciones interpersonales: desconfianza, sensación de vulnerabilidad y peligro</li> <li>6. Somatización y/o problemas médicos</li> <li>7. Alteraciones de los esquemas mentales (sistema de significados): desesperanza acerca del mundo y del futuro, sentimientos de equidad, pérdida del sentimiento de seguridad e invulnerabilidad</li> </ol>

<sup>4</sup> El TEPT tiene comorbilidad principalmente con la depresión, el trastorno de ansiedad generalizada, la fobia social y el trastorno obsesivo compulsivo (Echeburúa, De Corral y Amor, 2011)

Grosso modo, el TEPT se ha asociado más a delitos de impacto (i.e., robos con violencia, violación, etc.), mientras el TEPTC se ha relacionado con delitos de desarrollo prolongado (i.e., mobbing, violencia de pareja, abuso sexual intrafamiliar, secuestros prolongados, etc.)<sup>5</sup>.

El curso y evolución del TEPT es muy variable, aunque predomina la naturaleza *transitoria* de los síntomas (Vázquez, op. cit.). De las personas que desarrollan un TEPT, la mayoría se recupera totalmente entre los 12-24 meses; únicamente una minoría presentará un TEPT crónico (Sosa y Capafóns, op. cit.).

Respecto al tratamiento más eficaz para el TEPT se señala la terapia cognitivo conductual con técnicas de exposición (en imaginación o in vivo), reestructuración cognitiva y técnicas de manejo de ansiedad. De forma simultánea, en algunos casos, es necesario tratamiento farmacológico (antidepresivos, estabilizadores del estado del ánimo u otros como antiadrenérgicos y benzodiazepinas) (Báguena, 2008).

Junto al estado psicológico/psicopatológico, el perito psicólogo siempre deberá valorar la estructura de personalidad de base del evaluado. El estilo de personalidad aparece como un factor de vulnerabilidad/protección en psicopatología traumática (vid. infra), modulando la expresión de los trastornos psicológicos (Eje I) o conformando por sí mismo un área de desajuste clínicamente significativo, es decir, un trastorno de personalidad (Muñoz y Echeburúa, en prensa).

### **SIMULACIÓN, SOBRESIMULACIÓN Y DISIMULACIÓN.**

Simular implica la invención consciente y deliberada de un trastorno mental o físico, o de una incapacidad producida por un accidente o enfermedad, que en realidad no fueron causantes de ésta, y de la que se deriva alguna ventaja personal (Inda, Lemos, López y Alonso, 2005). En ocasiones lo que se simula ya no es la patología en sí, sino su intensidad (sobresimulación). Los trastornos mentales más propicios para el fingimiento son el TEPT, los cuadros psicóticos, las demencias, las toxicomanías, los trastornos disociativos y el retraso mental (Delgado, Esbec y Rodríguez, 1994).

La detección de la disimulación (ocultación de síntomas para obtener un beneficio) re-

<sup>5</sup> Los delitos de impacto se producen durante un periodo relativamente breve y los procesos evaluativos y de afrontamiento de la víctima se producen una vez ha cesado el suceso. Los delitos de desarrollo prolongado generalmente suponen una relación víctima-victimario prolongada en el tiempo. Tanto la evaluación cognitiva como el afrontamiento se producen aún dentro del mismo suceso, asimismo pueden aparecer periodos de relativa calma en la violencia que facilitan el mantenimiento de la relación delictual (Soria, 2002).

sulta especialmente compleja ya que la persona evaluada adopta una actitud defensiva tanto a la exploración pericial psicopatológica como a la administración de pruebas complementarias. Sin acceso a la historia clínica, la exploración forense puede verse seriamente limitada (Echeburúa et al, 2011). La disimulación se plantea para evitar un internamiento involuntario, en procesos de incapacitación civil, en la evaluación de la aptitud para el desempeño de un puesto de trabajo y la capacidad contractual, la idoneidad de guarda y custodia de menores o la tutela/curatela de incapacitados (Esbec, 2012). En el campo de la victimología forense se puede dar la paradoja de que personas que sufren daño psíquico por la exposición a una situación de victimización disimulen su estado clínico para evitar perjuicios en otros ámbitos legales (i.e., mujer víctima de violencia en la pareja que se esfuerce por ocultar su sintomatología por temor a que sea valorada negativamente en el procedimiento civil de guarda y custodia). Los cuadros clínicos más tendentes a la disimulación son la depresión, el trastorno por ideas delirantes y el consumo de tóxicos (Delgado et al, op. cit.).

Los criterios clínicos (DSM) para detectar simulación presentan escasa validez predictiva (80% de falsos positivos –Roger, 1990-) por lo que se aconseja una *estrategia multimétodo-multisistema* para afrontar este diagnóstico diferencial. El proceso de evaluación de la simulación implica el uso de criterios diagnósticos múltiples en oposición a la utilización de una única prueba, la combinación de pruebas de screening de simulación (i.e., SIMS) junto a pruebas de amplio espectro psicopatológico que cuenten con indicadores de validez (i.e., PAI, MMPI-2, MMPI-2-RF) y el contraste de información con diversas fuentes. La hipótesis de la simulación cobrará más fuerza en el proceso evaluativo cuando la convergencia de datos procedentes de diferentes fuentes y métodos indique claras inconsistencias con la clínica, curso y evolución del supuesto cuadro clínico (Ordi, Santamaria, Capilla, 2012).

Algunos signos de sospecha surgidos de la práctica pericial son (Esbec y Gómez-Jarabo, 1999; Ruiz, 2007):

- a. Falta de cooperación con el perito, actitud defensiva ante la evaluación con parquedad en la información aportada, discrepancias entre los datos suministrados por el peritado y la documentación existente (necesario vaciado de autos antes de enfrentar la exploración pericial).
- b. Inexistencia documental de los trastornos aludidos (no intervenciones clínicas previas).
- c. Falta de adherencia a los tratamientos psicofarmacológicos y/o psicoterapéuticos.
- d. Utilización de términos técnicos generales para describir su estado mental (e.g., ansiedad, depresión, etc.) advirtiéndose dificultad para explicar de una forma concisa y funcional la sintomatología que engloba el término (conceptos vacíos de contenido).

- e. Escasos o nulos avances terapéuticos (en algunos casos incluso se refiere un empeoramiento tras la intervención sin fundamento clínico).
- f. Recidivas contingentes con determinadas actuaciones judiciales en relación al proceso legal.
- g. El peritado “*predice*” su empeoramiento o su falta de mejoría
- h. En la historia clínica del paciente aparece intervención por la patología que pretende simular en la actualidad o el peritado cuenta con formación clínico-sanitaria o en su contexto próximo se ha padecido dicho trastorno. Una experiencia anterior facilitará una reproducción clínica más realista de los síntomas.
- i. No se aprecia urgencia en el peritado para terminar con su condición psicopatológica.
- j. Conformación de base de personalidad propia de personalidades inmaduras (cluster B). Especial capacidad de simulación por su virtuosidad en el arte del engaño tienen las personalidades psicopáticas.
- k. Es frecuente que los simuladores cedan al sesgo confirmatorio de preguntas periciales sugestivas y/o sugerentes de dificultades o alteraciones psicopatológicas.

La psicopatología traumática y en particular el TEPT es una de las patologías más tendentes a la simulación en contexto forenses asociado a la demanda de compensación o beneficio social (Knoll y Resnick, 2006).

En este ámbito psicopatológico puede ser de utilidad en la evaluación de la simulación la aplicación de técnicas psicofisiológicas que midan los cambios biológicos asociados a la reexperimentación de una vivencia traumática (i.e., incremento de la frecuencia cardíaca y de la presión sanguínea, aumento de la sudoración, etc.). Del mismo modo se han encontrado patrones cerebrales disfuncionales en la pruebas de neuroimagen para el TEPT (Robles y Medina, 2008).

La dificultad en la detección de la simulación estriba en la ausencia de signos específicos e inequívocos de dicha condición. Por tanto, el perito deberá ser cauto a la hora de plasmar su impresión de una posible simulación en el informe pericial (diagnóstico de sospecha) (Esbec y Gómez-Jarabo, 1999).

### EL PROCESO DE EVALUACIÓN PERICIAL PSICOLÓGICA.

La evaluación psicológica forense comparte desde el punto de vista metodológico características comunes a toda evaluación psicológica, a la vez, que presenta una serie de particularidades que delimitarán la idiosincrasia de esta actividad técnica. Las importan-

tes consecuencias derivadas del informe pericial psicológico obligan al perito psicólogo a cuidar escrupulosamente las cuestiones técnicas y deontológicas de su intervención (Ackerman, 2010).

Al igual que cualquier otra evaluación psicológica, la desarrollada en el contexto forense debe regirse por los mismos principios que cualquier otra actividad científica, es decir, debe ser un proceso estructurado que permita su replicabilidad (transparencia en el proceso de evaluación), requiere de la formulación y contraste de hipótesis e implica un proceso de toma de decisiones para llegar a la solución de un problema evaluativo (Fernández-Ballesteros, 2007).

Además, las características propias del contexto de exploración forense y el objeto de la intervención del psicólogo en este ámbito delimitan las características propias y claramente diferenciales del proceso de evaluación pericial psicológica (Echeburúa, Muñoz y Loinaz, 2011):

- La persona evaluada está inmersa en un proceso judicial, motivo de la intervención del psicólogo, no existiendo, por tanto, voluntariedad por parte de la persona sujeta a la exploración, o se trata de una voluntariedad mediada por la estrategia de defensa de su letrado (informes periciales de parte).
- El paso por un proceso judicial es un estresor de primera magnitud para las personas, lo que supondrá un factor distorsionador de los datos de la exploración. Especialmente importante para el psicólogo será atender al *error fundamental de atribución* (explicar los desajustes psicológicos atendiendo principalmente a factores de la persona, subestimando la incidencia de los factores situacionales).
- Las ganancias secundarias derivadas del carácter probatorio de todo informe psicológico forense aumentan la probabilidad de manipulación de la información aportada por los evaluados para obtener un beneficio o evitar un perjuicio. Por tanto, será fundamental para el perito psicólogo contrastar los datos expuestos por los peritados con múltiples fuentes de información. Por otro lado, el profesional debe estar atento para no sugerir respuestas, así como a cualquier indicador de distorsión de la información.
- El objeto de toda exploración pericial psicológica es dar respuesta a la demanda realizada desde el ámbito jurídico, es decir, realizar una valoración psico-legal. Desde un punto de vista técnico esta intervención implica conocer qué áreas del funcionamiento psicológico han de ser exploradas a tenor del objeto de la pericial y conocer la investigación científica en el campo para poder aplicar criterios decisivos basados en la evidencia empírica.

En victimología forense el perito psicólogo trabajará con dos tipos de hipótesis: *hipótesis basadas en el supuesto de cuantificación* (comprobar la existencia de desajustes

psicológicos en la persona evaluada y delimitar su entidad clínica) e *hipótesis basadas en el supuesto de semejanza* (comparar hasta qué punto el perfil psicopatológico encontrado en un grupo de sujetos expuestos a una situación de victimización criminal semejante a la denunciada por la persona evaluada se encuentra presente en ésta). El perito psicólogo siempre trabajará con una hipótesis y la contraria, evitando así fenómenos como la profecía autocumplida o el efecto Pigmalión (Rosenthal, 2002).

El instrumento vertebrador de todo el proceso de evaluación psicológica forense será la entrevista pericial que adopta un formato semiestructurado con un estilo indirecto de recogida de información. Aparte de su riqueza, la entrevista, al ser una técnica interactiva, orientará al perito sobre qué contenidos deben ser evaluados mediante otros instrumentos.

Dentro de la entrevista, el psicólogo forense realizará la exploración pericial psicopatológica. Es importante a la hora de objetivar el daño psíquico por parte del perito la diferenciación entre signo y síntoma. El signo, a diferencia del síntoma, es observable de forma objetiva y cuantificable o medible a través de procedimientos distintos a la apreciación subjetiva del evaluado.

Pero el perito no debe centrarse únicamente en la detección de signos/síntomas sino que debe aplicar criterios para valorar la significación clínica de los mismos (Mesa y Cid, 2007):

- Malestar emocional o sufrimiento subjetivo expresado por el evaluado (síntomas descritos y perfil psicopatológico arrojado por las pruebas psicodiagnósticas aplicadas).
- Pérdida de libertad y de autonomía.
- Falta parcial o total de adaptación al entorno.
- Vulneración de las normas sociales o morales.

Además se pueden añadir dos características que afectarían a las personas que se relacionan con el evaluado: incomprendibilidad de la conducta y malestar o sufrimiento personal.

Respecto a la utilización de estos criterios, hay unas pautas para su aplicación:

- Ningún criterio es, por sí mismo, indicador de trastorno mental.
- Ningún criterio es, por sí mismo, suficiente para determinar la significación clínica de los desajustes advertidos.
- La significación clínica debe ser siempre definida en virtud de varios criterios.

Para el proceso de contraste de hipótesis el psicólogo forense cuenta con todo el elenco de pruebas de evaluación psicológica. Una limitación es la escasez de instrumentos

elaborados específicamente para su aplicación en el contexto forense. Para la evaluación del daño psíquico suelen utilizarse pruebas de amplio espectro psicopatológico, específicas de sintomatología traumática y de otros desajustes psicológicos asociados a vivencia victimizante. Como ya se ha señalado, también deberemos atender a la estructura básica de personalidad (Tabla 2).

Psicopatología General	TEPT	Psicopatología asociada	Estructura Personalidad
-MMPI-2 -PARI -MCMI-III -Rorschach	-Escala de Evaluación Global de Estrés Postraumático (EGEP) (Crespo y Gómez, 2012) -Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (EGS) (Echeburúa et al, 1997) -Inventario de Síntomas Traumáticos (TSI) (Briere, 1995) -Evaluación Detallada del Estrés Postraumático (DAPS) (Foa, 1995)	-Inventario Multiescala de Disociación (MDI) (Briere, 2002) -Inventario de Auto Capacidades Alteradas (IASC) (Biere, 2000) -Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) (Spielberger et al, 1970) -Inventario de Depresión de Beck (BDI) (Beck et al, 1979) -Escala de Autoestima de Rosemberg (Rosemberg, 1989)	-16PF -NEO-PI-R

Ejemplo de pruebas de aplicación para valorar daño psíquico

En la elección de pruebas tendrán prioridad las pruebas psicométricas ya que cuentan con mayor aval científico (altos índices de fiabilidad y validez, así como normativización de datos), si bien, al haber sido construidas principalmente para el contexto clínico, su eficacia decrece en el contexto forense (Fariña, Arce y Sotelo, 2010). También facilitan la detección de distorsiones en el estilo de afrontamiento del evaluado a la prueba al contar con escalas de control de respuesta.

Las pruebas proyectivas, por su parte, por la inestructuración de sus elementos son más difíciles de manipular pero introducen una elevada subjetividad en su interpretación, no aconsejándose el uso exclusivo de pruebas proyectivas en el proceso de evaluación forense (Vázquez-Mezquita, 2005).

La experiencia forense sugiere que parece más útil la utilización de pruebas psicológicas para cuantificar la intensidad del daño psíquico que para demostrar su existencia (Calcedo, 2000).

En cualquier caso, la calidad del proceso de evaluación pericial psicológica no se circunscribe únicamente al aval científico de los instrumentos empleados, sino que también vendrá delimitada por la utilización de distintos métodos de evaluación para una misma dimensión psicológica dentro del proceso de contraste de hipótesis. Los índices de con-

vergencia determinarán la calidad de la evaluación forense por encima de los índices de fiabilidad y validez de las pruebas individuales (Muñoz y Echeburúa, en prensa).

### **DISEÑO DEL PROCESO DE EVALUACIÓN PERICIAL DEL DAÑO PSÍQUICO.**

Atendiendo a la demanda psico-legal podemos protocolizar la evaluación pericial del daño psíquico en los siguientes pasos:

1.- Detección de desajustes psicológicos en la persona evaluada a través del proceso de evaluación pericial psicológica (perspectiva idiográfica). Establecer un diagnóstico nosológico con arreglo a las clasificaciones internacionales de los desórdenes mentales (OMS o APA). De especial interés será descartar posible simulación o sobresimulación.

2.- Análisis de la potencialidad del hecho delictivo denunciado para producir desajustes en el estado mental de la persona (capacidad traumática). Cuando existe una desproporción clara entre el suceso y los indicadores clínicos detectados, una vez descartada la simulación, el suceso puede ser necesario pero no suficiente, y habría que atender a los factores de vulnerabilidad del sujeto en la explicación de su estado psicológico actual (Robles y Medina, 2008).

3.- Análisis de la relación de causalidad. Para ello el perito deberá comparar los desajustes encontrados en el peritado con los datos encontrados en grupos de sujetos expuestos a situaciones de victimización criminal similares (perspectiva nomotética).

Para establecer la relación de causalidad se atenderá a la coherencia entre los síntomas y su evolución con la experiencia victimizante descrita por la persona evaluada. Es fundamental realizar una valoración de posibles concausas tanto respecto al origen de la psicopatología detectada (presencia de otros estresores psicosociales que pudieran explicar la sintomatología descrita) como en el resultado clínico final (factores moduladores del impacto psíquico).

4.-Valoración del impacto psíquico: consolidación y secuela. Se atenderá a los siguientes criterios:

- Criterio cronológico (dos años después de la exposición al delito)
- Estabilización de la sintomatología
- Estancamiento de la terapia aplicada. El perito tendrá que valorar si la terapia aplicada es la recomendada en las Guías de Tratamiento Psicológicos Eficaces para dichos trastorno.

La dificultad principal en la valoración de la secuela psíquica está en delimitar de forma objetiva el perfil del estado mental del evaluado anterior a la denuncia y en el caso de encontrar vulnerabilidad previa ponderar la incidencia de la misma en el estado actual o el grado en que el suceso ha podido desestabilizar esa vulnerabilidad previa (Echeburúa et al, 2004)

5.-Valoración del grado de incapacidad funcional según baremo de responsabilidad civil de vehículos a motor (Ley 21/2007, de 11 de julio). Se seguirán los siguientes criterios (Robles y Medina, op. cit.):

- Disminución de la capacidad del individuo para llevar a cabo una vida autónoma
- Disminución de la capacidad laboral
- El ajuste a un cuadro clínico recogido en las clasificaciones internacionales de los desórdenes mentales

### **FACTORES MODULADORES DEL IMPACTO PSÍQUICO TRAS UNA EXPERIENCIA VICTIMIZANTE.**

Como ya se ha señalado el impacto psíquico del delito está modulado por distintos factores que tradicionalmente se agrupan en (Echeburúa et al, 2004):

- 1.- Factores relacionados con la situación de victimización denunciada.
- 2.- Factores de vulnerabilidad.
- 3.- Factores de protección.

Dentro de los *factores relacionados con la situación de victimización criminal* atenderemos a:

- Parámetros cuantitativos: frecuencia, intensidad y duración.
- Parámetros cualitativos: nivel de vejación/humillación vivenciado por la persona
- Lazo de afectividad con el agresor.
- Consecuencias negativas múltiples derivadas del delito.

A mayor frecuencia, intensidad y duración de la situación de victimización, a mayor vivencia de vejación o humillación por parte del denunciante, a mayor vinculación afectiva con el imputado y a mayor consecuencias negativas derivadas del delito, mayor probabilidad de que los hechos denunciados hayan dejado una huella psicopatológica en la persona evaluada.



Los *factores de vulnerabilidad* son todas aquellas circunstancias personales y contextuales de la supuesta víctima que pueden *amplificar y perpetuar* el impacto del delito en su estado psíquico. En este sentido, no deben ser confundidos con los *factores de riesgo*, de nulo interés forense, que serían aquellas circunstancias personales o contextuales del individuo que aumentan la probabilidad de convertirse en víctima de un delito (elevan la oportunidad delictiva).

Entre los factores de vulnerabilidad victimal se han señalado (Echeburúa, 2004; Pérez y Vázquez, 2006):

- a) Desajustes en la personalidad de base:
  - Déficit en el rasgo apertura (dificultad para adaptarse a los cambios).
  - Desregulación emocional.
  - Estilo atribucional interno respecto a la responsabilización del delito (la persona se responsabiliza del delito bien por conductas que ha llevado a cabo, bien por aspectos de su personalidad).
  - Estilo atribucional externo respecto a la capacidad de superación del trauma (enfrentamiento pasivo).
  - Bajo nivel intelectual.
  - Limitaciones en la capacidad de resolución del duelo (percepción del delito como algo extremadamente grave e irreversible).
  - Trastorno de personalidad (Eje II).
- b) Exposición a anteriores experiencias victimizantes.
- c) Contar con pobre red social.
- d) Reacción negativa del entorno (tanto en el sentido de falta de credibilidad y apoyo como de una excesiva sobreprotección).
- e) Padecer una psicopatología previa (Eje I).
- f) Exposición a otros estresores vitales importantes (i.e., fallecimiento de un familiar, pérdida de empleo, ruptura de pareja, diagnóstico de una enfermedad grave, etc.).
- g) Uso de alcohol y/o drogas como estrategia de afrontamiento.

Los *factores de protección o resiliencia* comprenderían todas aquellas circunstancias personales y contextuales que amortiguarían el impacto del delito. Dentro de estos factores se han señalado (Carrobles y Benevides, 2009; Vázquez, Castilla y Hervás, 2009):

- a) Variables de personalidad:
  - a. Control emocional.
  - b. Adecuado autoconcepto y autoestima con aceptación de las limitaciones personales.
  - c. Flexibilidad cognitiva.
  - d. Tendencia al optimismo.
  - e. Estilo atribucional externo respecto a la responsabilidad del delito.
  - f. Estilo atribucional interno respecto a la capacidad de superación del trauma (enfrentamiento activo y sensación de ser capaz de controlar el curso de los acontecimientos).
  - g. Tendencia a experimentar emociones positivas.
- b) Estrategias de reinterpretación positiva de situaciones y hechos adversos.
- c) Apoyo social y participación en actividades sociales.
- d) Implicación activa en el proyecto de vida (profesión, familia, actividades de voluntariado, etc.).
- e) Afrontamiento de las dificultades cotidianas.
- f) Aficiones gratificantes y gran variedad de intereses.
- g) Sentido del humor.
- h) Existencia de un propósito significativo en la vida.
- i) Recibir apoyo psicológico profesional.

La excesiva adhesión al modelo médico-legal por parte de la psicología forense ha conllevado una focalización de la atención en la evaluación pericial psicológica del daño psíquico en la detección de signos psicopatológicos derivados del delito en detrimento de la evaluación de los factores de protección. En este sentido, la investigación señala que hay personas que no solo mitigan el impacto de una situación victimal por sus factores de protección sino que salen fortalecidos de la experiencia (crecimiento postraumático) (Vázquez et al, 2009).

#### VICTIMIZACIÓN SECUNDARIA.

La victimización secundaria constituye el conjunto de costes personales que tiene la persona denunciante de un delito por su paso por el Sistema de Justicia.

Entre los factores que contribuyen a la victimización secundaria se han señalado (Albertín, 2006):

- Dar prioridad a la búsqueda de la realidad objetiva del suceso delictivo olvidando la atención a la víctima o despersonalizando su trato.
- La falta de información sobre la evolución del proceso, sobre la sentencia y sobre el destino del imputado.
- La falta de un entorno de intimidad y protección.
- Desconocimiento por parte de la víctima de los roles de los distintos profesionales que intervienen en el proceso judicial, lo que supone una dificultad para establecer relaciones adecuadas: intencionalidad de las preguntas, imposibilidad de explicación, momento de intervención, etc.
- La excesiva lentitud del proceso judicial y su interferencia con el proceso de recuperación y readaptación de la víctima.
- Durante la vista oral, la descripción del delito, el cuestionamiento de su credibilidad y el contacto con el ofensor son importantes inductores de tensión.

La reciente propuesta realizada por el Ministerio de Justicia de crear el *Estatuto de la Víctima de Delito* entre otros aspectos, trata de minimizar la victimización secundaria.

La incidencia a la exposición de factores de victimización secundaria también deberá tenerse en cuenta en la valoración forense del daño psíquico por su contribución al estado psicológico o a la evolución clínica (Sarasua, Zubizarreta, De Corral y Echeburúa, 2012). En algunos casos, incluso se puede solicitar del perito psicólogo la valoración que la intervención en el juicio oral pueda tener para la estabilidad psicológica de la persona denunciante, sugiriéndose alternativas procesales para minimizar los posibles efectos negativos sin vulnerar las garantías procesales del imputado (i.e., declaración por videoconferencia).

## CONCLUSIONES.

La evaluación psicológica forense del daño psíquico es una actividad compleja debido a los distintos factores que pueden incidir en la respuesta de una persona ante una situación de victimización criminal (inexistencia de un perfil único de víctima), la dificultad de objetivación del estado mental (habitualmente se cuenta únicamente con la experiencia

subjetiva de la persona evaluada) y la facilidad de fingimiento de los trastornos mentales. Por tanto, resulta difícil determinar la presencia o ausencia de un hecho delictivo atendiendo al estado psíquico de la supuesta víctima.

El perito psicólogo debe contar con amplios y actualizados conocimientos en psicopatología traumática así como en técnicas y habilidades de evaluación forense.

Una adecuada preparación del proceso de evaluación pericial, la adopción de una perspectiva multimétodo-multidimensión y el contraste de la información aportada por el peritado con diversas fuentes de datos contribuirá a una intervención forense eficaz.

El psicólogo forense debe incorporar la investigación proveniente de la Psicología Positiva y atender en su evaluación del daño psíquico a los factores de protección victimal tanto para explicar la posibilidad de existencia del delito a pesar de la ausencia de impacto psíquico, como para realizar una adecuada prospección respecto a la evolución clínica del evaluado.

La intervención forense deberá prestar especial atención para evitar cualquier situación que contribuya a la victimización secundaria. En este sentido, el perito tendrá esmerado cuidado de no transmitir al evaluado, incredulidad respecto a las descriptivas aportadas y/o de devolver valoraciones morales respecto a su comportamiento.

Como retos de futuro, la exploración pericial del daño psíquico necesita de la elaboración de instrumentos de medida adecuados al contexto forense, investigación que relacione el daño psíquico con las peculiaridades de cada situación de victimización criminal (agresión sexual adulta, abuso sexual infantil, mobbing, bullying, violencia de pareja, etc.) que a su vez facilite una toma de decisiones periciales basada en la evidencia y el diseño de un itinerario curricular especializado para los psicólogos que quieran trabajar en este área de la psicología aplicada.

## BIBLIOGRAFÍA.

- Ackerman, M.J. (2010). *Essentials of forensic psychological assessment* (2ª Ed.) Nueva York: John Wiley & Sons.
- Albertín, P. (2006). Psicología de la victimización criminal. En M.A. Soria y D. Sáiz: *Psicología criminal* (pp.245-274). Madrid: Pearson. Prentice Hall.
- Báguena, M<sup>a</sup>. J. (2008). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno de estrés postraumático. En M. Pérez, J.M. Fernández, C. Fernández e I. Amigo (Coord.): *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Adultos* (pp. 311-335). Madrid: Piramide.

- Bonano, G.A. (2005). Resilience in the face of potential trauma. *American Psychological Society, 14*(3), 135-138.
- Calcedo, A. (2000). Evaluación forense. En J. Bobes, M. Bousoño, A. Calcedo y M<sup>a</sup>. P. González: *Trastorno de estrés postraumático* (pp. 287-299). Barcelona: Masson.
- Carrobbles, J.A. y Benevides, A.M<sup>a</sup>. (2009). El estrés y la psicología positiva. En E.G. Fernández-Abascal: *Emociones positivas* (pp. 363-374). Madrid: Pirámide.
- Crespo, M<sup>a</sup>. y Gómez, M<sup>a</sup>.M. (2012). La evaluación del estrés postraumático: presentación de la Escala de Evaluación Global de Estrés Postraumático (EGEP). *Clínica y Salud, 23*, 25-41.
- Delgado, S., Esbec, E. y Rodríguez, F. (1994). Simulación en psiquiatría forense: aspectos generales y detección. En S. Delgado (Ed.): *Psiquiatría legal y forense* (pp. 1381-1416). Madrid: Colex.
- Diges, M. (2010). Testimonio y sugestión. En A. Medina, M<sup>a</sup>. J. Moreno, R. Lillo y J. A. Guija (Eds): *Valoración de la capacidad y eficacia del testimonio* (pp. 69-105). Madrid: Triacastela.
- Echeburúa, E., De Corral, P. y Amor, P.J. (1998). Perfiles diferenciales del trastorno de estrés postraumático en distintos tipos de víctimas. *Análisis y Modificación de Conducta, 24*, 527-555.
- Echeburúa, E., De Corral, P. y Amor, P.J. (2004). Evaluación del daño psicológico en las víctimas de delitos violentos. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense, 4*, 227-244.
- Echeburúa, E. (2004). *Superar un trauma. El tratamiento de las víctimas de sucesos violentos*. Madrid: Pirámide.
- Echeburúa, E., Amor, P.J. y De Corral, P. (2006). Asistencia psicológica postraumática. En E. Baca, E. Echeburúa y J. M<sup>a</sup> Tamarit: *Manual de Victimología* (pp.285-306). Valencia: Tirant lo Blanch.
- Echeburúa, E., Muñoz, J.M. y Loinaz, I. (2011). La evaluación psicológica forense frente a la evaluación clínica: propuestas y retos de futuro. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 11*(1), 141-159.
- Echeburúa, E., De Corral, P. y Amor, P.J. (2011). Trastorno de estrés postraumático y estrés agudo. En V.E. Caballo, I.C. Salazar y J.A. Carrobbles (Dirs.): *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos* (pp. 266-285). Madrid: Pirámide.
- Esbec, E. y Gómez-Jarabo, G. (1999). Signos de sospecha en la simulación de trastornos mentales. *Revista Española de Psiquiatría Forense, Psicología Forense y Criminología, 8*, 35-44.
- Esbec, E. (2000). El psicólogo forense en el proceso penal. Evaluación psicológica de la víctima. En E. Esbec y G. Gómez-Jarabo: *Psicología forense y tratado jurídico-legal de la discapacidad* (pp. 153-217). Madrid: Edisofer.
- Esbec, E. (2012). Trastornos psicóticos: A propósito de un caso en el contexto forense (penal). En H. González, P. Santamaria y P. Capilla: *Estrategias de tección de la simulación. Un manual clínico multidisciplinar* (pp.637-675). Madrid: TEA Ediciones.

- Fariña, F., Arce, R. y Sotelo, A. (2010). ¿Es efectivo el estudio psicométrico estándar del peritaje del estado clínico y de la simulación en progenitores en litigio por la guarda y custodia de menores? *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud, 1*, 65-79.
- Fernández-Ballesteros, R. (Dir.): *Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos*. Madrid: Pirámide.
- Herman, J.L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress, 5*, 377-391.
- Inda, M., Lemos, S., López, A.M. y Alonso, J.L. (2005). La simulación de enfermedad física o trastorno mental. *Papeles de Psicólogo, 26*, 99-108.
- Knoll, J. y Resnick, P.J. (2006). The detection of malingered post-traumatic stress disorder. *Psychiatric Clinics of North America, 29*(3), 629-647.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- López-Soler, C. (2008). Las reacciones postraumáticas en la infancia y adolescencia maltratada: el trauma complejo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 13*(3), 159-174.
- Manzanero, A.L. (2010). *Memoria de testigos. Obtención y valoración de la prueba testifical*. Madrid: Pirámide.
- Mesa, P.J. y Rodríguez, J.F. (2007). *Manual de psicopatología general*. Madrid: Pirámide.
- Muñoz, J.M., Manzanero, A., Alcázar, M.A., González, J.L., Pérez, M<sup>a</sup>.L y Yela, M. (2011). Psicología Jurídica en España: Delimitación conceptual, campos de investigación e intervención y propuesta formativa dentro de la Enseñanza Oficial. *Anuario de Psicología Jurídica, 21*, 3-14.
- Muñoz, J.M. y Echeburúa, E. (en prensa). La evaluación pericial psicológica: propuestas de estructuración y pautas para la elaboración del informe psicológico forense. En J.M. Pozueco: *Manual de Psicología Jurídica, Psiquiatría Forense y Psicopatología Criminal*. Madrid: EOS.
- González, H., Santamaria, P. y Capilla, P. (2012): La simulación como estilo de respuesta. En H. González, P. Santamaria y P. Capilla: *Estrategias de detección de la simulación. Un manual clínico multidisciplinar* (pp.19-64). Madrid: TEA Ediciones.
- Pérez, P. y Vázquez, C. (2006). Factores que influyen en la respuesta traumática. En P. Pérez: *Trauma, culpa y duelo. Hacia una psicoterapia integradora* (pp. 147-161). Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Ruiz, M<sup>a</sup>.P.(2007). Detección y valoración pericial de la simulación o producción intencionada de síntomas, en un caso práctico de mobbing. *Anuario de Psicología Jurídica, 17*, 165-178.
- Robles, J.I. y Medina, J.L. (2008). *Manual de salud mental en desastres*. Madrid: Síntesis
- Rosenthal, R. (2002). Covert communications in classrooms, clinics, courtrooms, and cubicles. *American Psychologist, 57*, 839-849.

- Sánchez, A. y Soria, M.A. (1993). Intervención psicológica con víctimas del delito. En M.A. Soria: *Las víctimas entre la justicia y la delincuencia* (pp. 101-118). Barcelona: P.P.U.
- Sarasua, B., Zubizarreta, I., De Corral, P. y Echeburúa, E. (2012). Factores de vulnerabilidad y de protección del impacto emocional en mujeres adultas víctimas de agresiones sexuales. *Terapia Psicológica*, 30(3), 7-18.
- Soria, M.A. (2002). La evaluación de la victimización criminal. En M.A. (Coord.): *Manual de psicología penal forense* (pp. 623-654). Barcelona: Atelier.
- Soria, M.A. (2005). Psicología de la victimización criminal. En M.A. Soria (Coord.): *Manual de psicología jurídica e investigación criminal* (pp.149-165). Madrid: Pirámide.
- Sosa, C.D. y Capafóns, J. (2005). *Estrés postraumático*. Madrid: Síntesis.
- Vázquez, C. (2005). Reacciones de estrés en la población general tras los ataques terroristas del 11S, 2001 (EEUU) y del 11 M, 2004 (Madrid, España): Mitos y realidades. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 1, 9-25.
- Vázquez, C., Castilla, C. y Hervás, G. (2009). Reacciones frente al trauma: vulnerabilidad, resistencia y crecimiento. En E.G. Fernández-Abascal: *Emociones positivas* (pp. 375-392). Madrid: Pirámide.
- Vázquez-Mezquita, B. (2005). *Manual de Psicología Forense*. Madrid: Pirámide.

## TRATAMIENTO DE LAS VÍCTIMAS DE DELITOS VIOLENTOS

**Mónica Pereira Davila**

Psicóloga experta en Psicología de Emergencias y Psicología Jurídica.  
Vocal de la Sección de Psicología Jurídica del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid.

### INTRODUCCIÓN.

Esta ponencia pretende ser una introducción al trabajo psicológico que se realiza en el tratamiento de las víctimas de delitos violentos. A lo largo de su desarrollo hablaremos de la psicología de la victimización criminal como área de la psicología jurídica, describiremos sus campos de actuación haciendo especial hincapié en la intervención con víctimas de delitos violentos y tratando de aportar herramientas para la intervención básica en Primeros Auxilios Psicológicos.

### Definición del área de psicología de la victimización criminal.

En un intento por delimitar las áreas de la psicología jurídica, en el año 2011 se publicó en el anuario de psicología jurídica del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid un artículo que trataba de definir cada una de ellas.

Así, al hablar de Psicología de la victimización criminal, nos referimos al área de la psicología jurídica que se encarga del estudio de (e intervención sobre) los efectos provocados por la vivencia de un proceso de victimización criminal.

Siguiendo la propuesta plasmada en este artículo, defendemos que la Psicología de la Victimización Criminal abarca los siguientes campos de actuación:

- **1º Prevención de la victimización primaria:** esta prevención se lleva a cabo mediante planes de prevención, campañas informativas, acciones formativas e informativas dirigidas a la población de riesgo, desarrollando programas de psicoeducación en las escuelas o creando Servicios de Orientación Psicosocial y Legal destinados a las personas afectadas y su entorno.

- 2° **Prevención del proceso de victimización secundaria:** Dirigida a los profesionales que trabajan con personas que han sufrido un proceso de victimización criminal. Se desarrolla mediante la realización de acciones destinadas a dotar a estos profesionales de información, habilidades y técnicas que faciliten su trabajo y también con campañas de concienciación profesional.

La prevención del proceso de victimización secundaria puede realizarse también mediante la intervención con las personas afectadas realizando actividades orientadas a la psicoeducación para el afrontamiento positivo apoyando en la comprensión del proceso, la aceptación de las consecuencias y en la preparación para afrontar el largo proceso judicial y la vista oral en su caso.

- 3° El tercer campo de actuación de la psicología de la victimización criminal es el de la **intervención psicológica con víctimas**. Es un campo de actuación que abarca una amplia variedad de acciones que comienzan con los primeros auxilios psicológicos que se realizan en un primer contacto con las personas afectadas por una situación de victimización criminal; a partir de ese punto se pueden realizar diferentes intervenciones encaminadas a la normalización de la sintomatología actual y futura, la toma de conciencia del proceso de la crisis, acompañar en el retorno a la normalidad... por medio de la intervención en crisis de segundo orden y del tratamiento de la psicopatología traumática

- 4° La **investigación en victimología criminal** es el cuarto campo de actuación destacable dentro de esta disciplina. En este caso hemos de tener en cuenta la gran dificultad asociada a la investigación en este área. Cuestiones de ética impiden la réplica de las investigaciones, se hace difícil imaginar al experimentador atacando a los sujetos experimentales para valorar la afectación emocional que esto provoca. Igualmente, la recogida de datos se hace complicada en un momento inicial en el que lo que prima es la seguridad de las personas por lo que se suele trabajar más con relatos recordados de los hechos (con toda la dificultad de atención y generación de huella de memoria que se produce en sucesos traumáticos).

No obstante, a pesar de las dificultades inherentes a la propia situación de victimización criminal, es realmente importante que los investigadores hagan esfuerzos creativos que les permitan obtener información útil y práctica que ayude a los profesionales a mejorar en su trabajo diario con las víctimas de delitos violentos.

## LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA CON VÍCTIMAS DE DELITOS VIOLENTOS.

Atendiendo al título de la ponencia: *tratamiento de las víctimas de delitos violentos*, vamos a centrarnos en la intervención con personas víctimas de este tipo de delitos.

Para poder realizar una intervención adecuada es fundamental hacer una valoración de la sintomatología que presenta la víctima. Cada persona reacciona de diferente manera. Normalmente estas reacciones están en relación con la historia personal y con las estrategias desplegadas con anterioridad ante las dificultades; ese aprendizaje determinará la reacción ante un delito violento.

Es importante tener claro que cualquier reacción es normal, lo que no es normal es la situación a la que se enfrentan. Esto hace que el profesional pueda encontrarse prácticamente cualquier reacción.

No obstante, la experiencia y la investigación nos indican una serie de reacciones más habituales que son indicadoras de daño psíquico en las víctimas de delitos violentos:

Cuadro 1: Daño Psíquico en víctimas de Delitos Violentos

●	Sentimientos negativos: Humillación, vergüenza, culpa e ira
●	Ansiedad
●	Preocupación constante por el trauma, con tendencia a revivir el suceso
●	Depresión
●	Pérdida progresiva de confianza personal como consecuencia de los sentimientos de indefensión y desesperanza experimentados
●	Disminución de la autoestima
●	Pérdida del interés y de la concentración en actividades anteriormente gratificantes
●	Cambios en el sistema de valores, especialmente la confianza en los demás y la creencia en un mundo justo.
●	Hostilidad, agresividad, abuso de alcohol y drogas
●	Aumento de la vulnerabilidad, con temor a vivir en un mundo peligroso, y pérdida de control sobre la propia vida.
●	Cambio drástico en el estilo de vida, con miedo a acudir a los lugares de costumbre; necesidad apremiante de trasladarse de domicilio.
●	Alteraciones en el ritmo y el contenido del sueño
●	Disfunción sexual...

Tomado de Arinero García, M. y Sánchez González, D. *Atención Psicológica Urgente en atentados terroristas y urgencias psicológicas asociadas*. IV Curso de Especialista en Psicología de Urgencias, Emergencia y Catástrofes. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Septiembre de 2005.

Es importante que conozcamos cuales son los objetivos de la intervención psicológica con las personas que han sufrido daño psíquico debido a la exposición a delitos violentos.

El trabajo psicológico irá orientado a:

- Conseguir una disminución del impacto emocional del delito.
- Ayudar a la persona a retomar su vida incorporando la experiencia como un recuerdo del pasado.
- Contribuir al afrontamiento del proceso de duelo por la pérdida de la vivencia del mundo como un lugar seguro.
- Ubicar el suceso o la experiencia en el lugar adecuado de la memoria (aprendizaje, crecimiento).
- Ser los traductores del proceso judicial.
- Evitar la aparición descontrolada o disminuir la intensidad de la sintomatología post-traumática.
- Valorar a la víctima como poseedora de estrategias y capacidades para superar la situación disruptiva.
- Ayudar a despertar sus “*talentos*” dormidos (fomentamos la búsqueda de nuevas habilidades).
- Formar e informar al entorno familiar y social.
- Acompañar durante el proceso para manejar las situaciones generadoras de estrés.

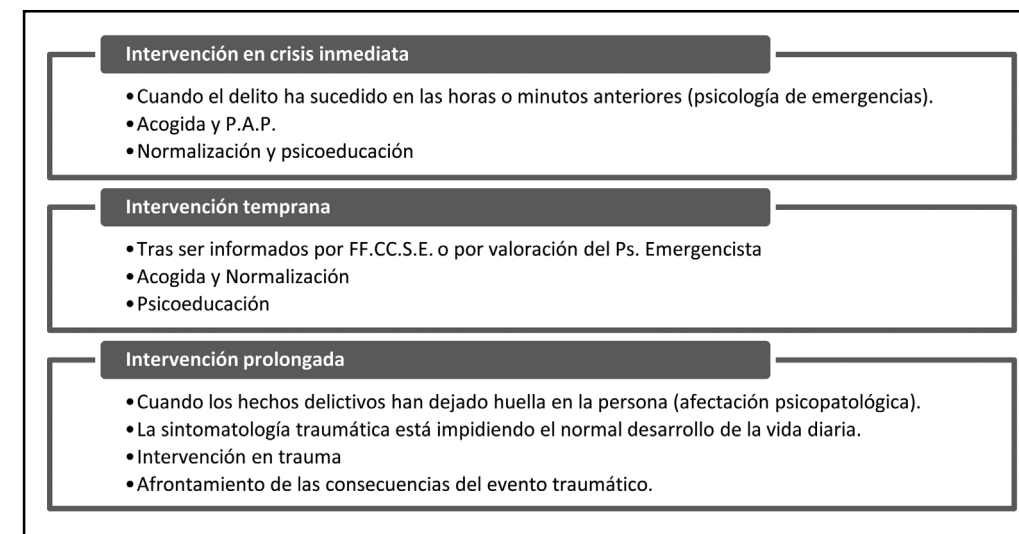
Para alcanzar estos objetivos trabajamos con las estrategias de afrontamiento propias de la persona; tratando de fomentar las positivas, como la búsqueda de información, poner énfasis en los aspectos positivos de sobrevivir al evento, llevar a cabo actividades para recuperar el control, promover el activismo solidario, darse tiempo para la cura, fomentar las emociones centradas en el afrontamiento o la obtención de soporte emocional y/o familiar.

La discusión de las estrategias negativas de afrontamiento con la víctima va a favorecer la autocrítica y el reconocimiento de su falta de utilidad. Es importante que la persona tome conciencia de que no es beneficioso para su evolución el evitar recuerdos del crimen haciendo como que no ha ocurrido nada, negar la atención a la sintomatología; llevar a cabo comportamientos evitativos del tipo consumo de drogas o alcohol; la negación o autoengaño con respecto a los hechos y los sentimientos posteriores; la disociación, las conductas autolesivas o los pensamientos obsesivos con relación a la delincuencia.

Para llevar a cabo esta labor de apoyo psicológico podemos efectuar diferentes tipos de intervención según el momento en que se realice y la duración de la misma. En el siguiente cuadro podemos observar las diferencias entre una y otra intervención según el tiempo transcurrido desde la vivencia traumática.

Las acciones a desarrollar por el profesional variarán en una u otra situación puesto que los objetivos serán diversos.

Cuadro 2: Tipos de intervención: según momento y duración



Debido a la limitación de tiempo y espacio que nos ocupa, centraremos nuestra atención en la primera parte del cuadro: **La intervención en crisis inmediata.**

Durante algún tiempo, se ha dado por supuesto que la intervención con víctimas de delitos violentos cuya finalidad básica sea la recuperación emocional era labor exclusiva del psicólogo.

La experiencia nos ha demostrado la importancia de una intervención inmediata dirigida a la normalización de sintomatología y a la comprensión de la crisis.

De manera similar a los primeros auxilios médicos, se ha creado un protocolo de intervención psicológica al que se ha denominado Primeros Auxilios Psicológicos. Al igual que aquél, este protocolo pretende estabilizar a la persona en los primeros momentos tras el evento traumático con la finalidad de prevenir patologías posteriores y facilitar el afrontamiento de los hechos.

Continuando con esta similitud, la realización de los Primeros Auxilios Psicológicos podrá llevarse a cabo por cualquier persona con una formación previa sin necesidad de tener estudios especializados en psicología de emergencias.

## PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS.

El carácter inmediato y urgente de la intervención en primeros auxilios psicológicos determina claramente los objetivos de la intervención.

Cuadro 3: Objetivos de la intervención en Primeros Auxilios Psicológicos

PROPORCIONAR APOYO:	REDUCIR LOS RIESGOS Y EVITAR LA DESORGANIZACIÓN:	PROPORCIONAR OTROS RECURSOS:												
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acercamiento a la víctima y contacto ps.</li> <li>• Apoyo emocional</li> <li>• Estar y acompañar</li> <li>• Contacto no verbal y físico (si es necesario)</li> <li>• Facilitar la expresión de lo ocurrido de forma ordenada</li> <li>• Expresión de sentimientos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disminuir la mortalidad y autolesiones</li> <li>• Facilitar el control de la situación y acompañamiento</li> <li>• Disminuir los riesgos: armas, agresión propia o a terceros</li> <li>• Buscar apoyo familiar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar necesidades</li> <li>• Facilitar recursos inmediatos:</li> </ul> <table border="1"> <thead> <tr> <th>RECURSOS MATERIALES</th> <th>RECURSOS PERSONALES</th> <th>RECURSOS SOCIALES</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ALIMENTOS, BEBIDAS</td> <td>AFRONTAMIENTO</td> <td>APOYO</td> </tr> <tr> <td>ALOJAMIENTOS</td> <td>NUEVAS CREENCIAS</td> <td>APOYO SOCIAL CERCANO</td> </tr> <tr> <td>ROPA</td> <td>R. COGNITIVA</td> <td>APOYO PROFESIONAL</td> </tr> </tbody> </table>	RECURSOS MATERIALES	RECURSOS PERSONALES	RECURSOS SOCIALES	ALIMENTOS, BEBIDAS	AFRONTAMIENTO	APOYO	ALOJAMIENTOS	NUEVAS CREENCIAS	APOYO SOCIAL CERCANO	ROPA	R. COGNITIVA	APOYO PROFESIONAL
RECURSOS MATERIALES	RECURSOS PERSONALES	RECURSOS SOCIALES												
ALIMENTOS, BEBIDAS	AFRONTAMIENTO	APOYO												
ALOJAMIENTOS	NUEVAS CREENCIAS	APOYO SOCIAL CERCANO												
ROPA	R. COGNITIVA	APOYO PROFESIONAL												

Los primeros auxilios psicológicos han de ser aplicados dentro de un esquema de intervención previo por personas que tengan una formación previa adecuada, respetando unos mínimos de control sobre la actuación que se establecen basados en el respeto a la intimidad y autonomía de las personas afectadas.

Cuadro 4: Pasos en la intervención en Primeros Auxilios Psicológicos

1º	• Selección del ambiente de la intervención
2º	• Toma de contacto e implicación
3º	• Proporcionar sensación de seguridad y confort
4º	• Evaluación y exploración
5º	• Recogida de información: Necesidades actuales y preocupaciones
6º	• Restablecimiento emocional y asistencia práctica
7º	• Información sobre afrontamiento
8º	• Activar y orientar hacia la acción.
9º	• Contacto con los profesionales de la Oficina Judicial o con otros servicios disponibles.

La intervención se aplica a lo largo de un proceso en el que hay que tener en cuenta múltiples factores que afectarán de diferente manera según el momento de la intervención en que nos encontremos.

### 1º.- Selección del ambiente de la intervención

En este primer momento, hemos de asegurarnos la intimidad del lugar de intervención, aunque no siempre se puede contar con un despacho o una sala privada que nos proporcione el ambiente ideal para facilitar la expresión de sentimientos en un ambiente tranquilo, relajado e íntimo.

No obstante, siempre es posible generar una sensación de intimidad aunque sea mínima apartando a la persona del lugar en que se está produciendo el factor estresante, orientándolo hacia un espacio neutro y alejando de su espacio de visión aquella información que puede incrementar su malestar.

Nuestra meta en este punto es facilitar a la persona afectada un espacio, físico y emocional, favorecedor de la expresión y afrontamiento de la situación crítica que les ha llevado a la crisis.

### 2º.- Toma de contacto e implicación

Para realizar un buen contacto *psicológico* invitaremos a las personas a hablar; ya que, al hacerlo, facilitamos el desahogo emocional ayudamos en la reducción de los niveles de ansiedad.

Hay que tener muy en cuenta los aspectos no verbales mostrando expresiones gestuales congruentes con la situación.

Hay detalles importantes que favorecen la cercanía del profesional al usuario con el que estamos actuando en cada momento: Sentarse al mismo nivel, junto al afectado, mantener contacto visual, valorar las respuestas no verbales del usuario ante las aproximaciones físicas para determinar en qué distancia se siente más cómodo.

Es importante saber que el contacto físico es una herramienta que puede resultar muy útil con determinadas personas, pero puede ser vivido como una agresión por otras, sobre todo en víctimas de agresiones sexuales o físicas. Este contacto deberá realizarse paulatinamente; primero empezaremos por las manos y zonas más distales (codos, rodillas...), menos íntimas y, según la respuesta verbal y no verbal que recibamos, intentaremos o no un mayor contacto. Es necesario recordar que hay personas a las que les consuela un abrazo, otras lo consideran una intromisión en la propia intimidad.

El establecimiento de una buena relación depende en gran medida de la capacidad que muestre el profesional para aceptar aquello que la víctima nos relate, sin emitir juicios, sin buscar responsabilidades ni aportar soluciones que para nosotros serían idóneas. Simplemente estamos acompañando a la persona en su proceso de afrontamiento.

Las preguntas que se hagan en el primer momento deben ir dirigidas a facilitar un procesamiento cognitivo de los hechos que ha experimentado (ordenándolos, asimilándolos y aceptándolos) y apartándonos de los aspectos emocionales hasta que la persona se sienta más *fuerte* para afrontarlos. Haremos preguntas concretas, sencillas y sobre hechos objetivos: *¿Quiere contarme lo que ha ocurrido?; ¿dónde estaba usted?; ¿Qué estaba haciendo en ese momento?; ¿qué pasó después?...*

Estas preguntas serán siempre respetuosas y siguiendo las necesidades de la persona afectada. Hemos de ser *exquisitos* en el respeto a los silencios, a la negativa de las personas a continuar con el relato. Cada persona necesita su tiempo para afrontar y enfrentar los hechos.

Cuadro 5: A recordar en las dos primeras fases

Que se sienta escuchado, atendido y aceptado	
Disminuir emociones de desesperanza y desorganización	
Reconocer y legitimar sentimientos	
Apoyar emocionalmente	
Contacto físico y cercanía	
Escucha activa	
Facilitar expresión emocional y verbal	
Ofrecer información	
Empatizar	
Fomentar la actividad	

### 3º.- Proporcionar sensación de seguridad y confort

Sin generar falsas expectativas, hemos de mostrar a la persona afectada que en este momento se encuentra segura y que vamos a hacer todo lo posible por ayudarla a solucionar su problema.

Para conseguir este objetivo es fundamental que hayamos sido muy cuidadosos en la generación de un ambiente adecuado y seguro para la persona afectada.

Esta percepción de seguridad facilita a la víctima el afrontamiento de la crisis puesto que no ha de preocuparse por su integridad física o su supervivencia mientras esté con nosotros.

### 4º.- Evaluación y exploración

Tras estos primeros momentos, podemos realizar una somera exploración inicial en la que valoremos cosas como la orientación en las tres esferas (tiempo, espacio y persona), psicomotricidad, lenguaje, congruencia de las ideas...

Para realizar esta labor no siempre es necesario plantear preguntas específicas, el propio relato de la persona nos puede indicar si está orientado o si su pensamiento es *peculiar*.

Si en este momento encontramos algún indicador de que esta persona esté desorientada, confusa, presente un pensamiento poco coherente o alguna otra sintomatología que nos haga sospechar de padecimiento psicológico-psiquiátrico, hemos de buscar ayuda más especializada.

En el caso de que no se tenga acceso en ese momento, actuaremos con cautela tratando de minimizar nuestra intervención y de centrarnos en la reducción de sintomatología activa de manera que pueda retomar el control de su actividad diaria, proponiendo retomar la relación al día siguiente o valorando con la persona la necesidad de hacer una consulta al teléfono de emergencias 112.

Nunca tratar de asumir unas competencias para las que no estamos preparados.

En circunstancias normales, podremos continuar con la identificación de problemas, en la que valoraremos cual fue el suceso precipitante de la crisis que nos ocupa, el estado emocional en este momento, su capacidad de procesamiento cognitivo de la situación (qué interpretaciones hace, a quién atribuye las responsabilidades, posible negación, sentimientos de culpa...).

Del relato de la víctima podemos obtener información sobre el estilo de afrontamiento (activo o pasivo), del tipo de locus de control que expresa (interno o externo), la presencia de habilidades de afrontamiento que fueron útiles en situaciones similares...

Promoveremos y apoyaremos a la persona para que utilice un estilo activo de afrontamiento intentando reproducir aquellas estrategias que funcionaron en el pasado o generar otras nuevas específicas para esta nueva vivencia.

Podremos ayudar a la persona afectada a repasar y recordar los recursos personales y sociales con los que cuenta, devolviéndole así la sensación de control sobre su proceso de afrontamiento de la crisis.



Cuadro 6: A recordar en esta fase

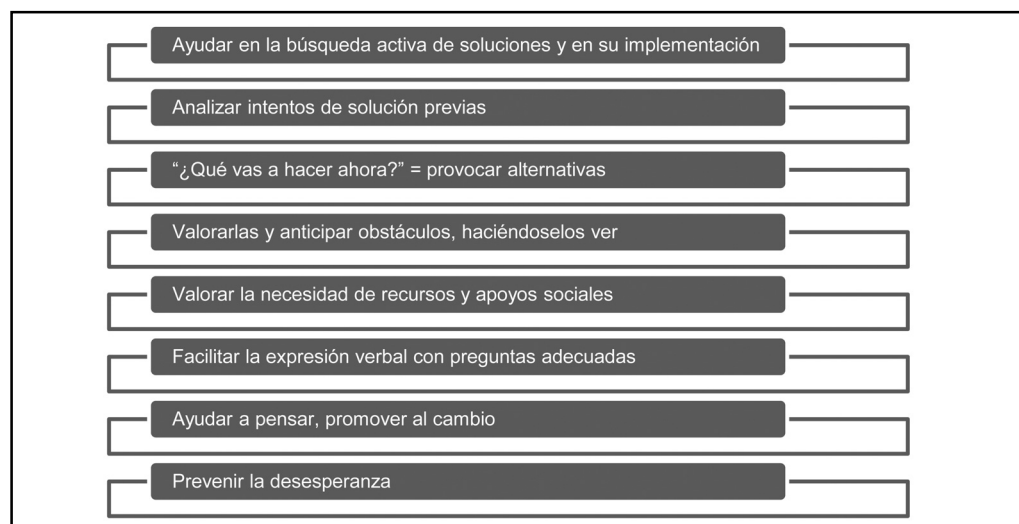


### 5º.- Recogida de información: Necesidades actuales y preocupaciones

Con toda la información que hemos estado recogiendo hasta este momento podemos hacernos una idea de qué le ha ocurrido a la persona. Ahora es el momento de saber cuáles son sus expectativas, qué es lo que necesita de nosotros y en qué le podemos nosotros ayudar efectivamente.

Podemos ayudar a la víctima a priorizar necesidades, a aclarar dudas y preocupaciones y a conocer recursos disponibles para encaminarse al afrontamiento efectivo de la crisis y la resolución de dificultades que se han generado como consecuencia del delito sufrido.

Cuadro 7: A recordar en esta fase



### 6º.- Restablecimiento emocional y asistencia práctica

En esta fase ya podemos facilitar la comunicación emocional y restablecer un nivel de funcionamiento adaptativo. La víctima ya ha conseguido sentirse segura con nosotros, narrar los hechos de la mejor manera posible para ella. Preguntas cosas como "¿Quiere contarme cómo se siente?" pueden facilitar la expresión de sentimientos por parte de la persona afectada.

Es fundamental el manejo de la escucha activa en este momento para favorecer la ventilación emocional.

El uso de técnicas de respiración y/o relajación puede favorecer el proceso de afrontamiento ya que permite la liberación de la carga negativa y deja espacio para el procesamiento efectivo de la crisis.

Es importante valorar y facilitar el acceso de la víctima a su red natural de apoyo en la familia o el entorno social. Esto ayuda a normalizar la vivencia y facilita el afrontamiento positivo de la situación. No obstante deberemos mostrarnos disponibles y accesibles, que sepa que podrá seguir contando con nosotros cuando lo necesite, cuando su red no responda o cuando ésta se vea también sobrepasada.

Se trata, en definitiva, de aportar una ayuda práctica al superviviente en la dirección de sus necesidades inmediatas y preocupaciones.

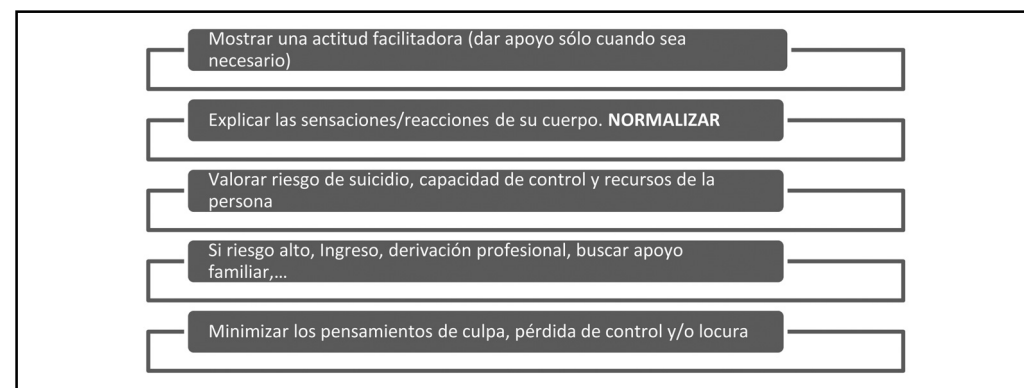
### 7º.- Información sobre afrontamiento: Psicoeducación

En el momento que la persona ya está más receptiva, podemos proporcionarle información sobre las posibles reacciones y efectos del estrés en general durante los próximos días, explicarle que puede presentar determinados síntomas nuevos, pero que eso no significa que esté enfermando.

Una de las vivencias más estresantes para las víctimas de delitos violentos es la sensación de pérdida de control sobre lo que sucede en su vida, viven los acontecimientos y sus consecuencias como algo que no pueden manejar y que les viene impuesto. Proporcionarle pautas para afrontarlo cuando aparezca, ayuda a la persona a sentir que tiene el control de su vida.

Asimismo, podemos dar información específica sobre el suceso concreto que ha generado nuestra intervención, favorecer una narración adaptativa ayudando a evitar los sesgos, las ideas irracionales, las interpretaciones erróneas... y estar disponibles para responder a cualquier duda que podamos aclararles o ayudarles a aclarar.

Cuadro 8: A recordar en esta fase



**8º.- Activar y orientar hacia la acción**

En esta fase ayudamos a la persona afectada a centrarse en acciones y en hechos con el fin de que se vuelva a recuperar un procesamiento más cognitivo que facilite la configuración de un sencillo plan de acción centrado en el uso y movilización de los recursos, las habilidades y las estrategias de la propia persona.

En este momento puede ser muy útil recomendar la planificación de contratos verbales personales que favorezcan el cumplimiento del plan.

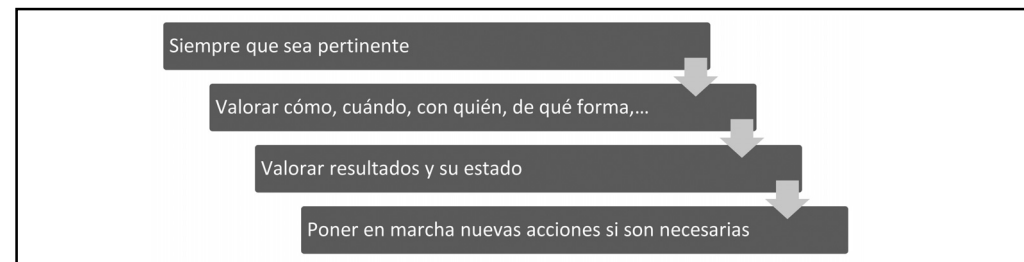
**9º.- Contacto con profesionales especializados disponibles. Favorecer el seguimiento**

Tras valorar cada caso en particular, y de mutuo acuerdo con el usuario, se podrá hacer una derivación a los recursos externos más adecuados a su situación actual.

Hemos de ser escrupulosamente respetuosos con las decisiones que tomen las personas; aunque nosotros no estemos de acuerdo, son sus propias vidas las que están sobre la mesa y ellos han de tomar las riendas. Comportarnos de un modo paternalista es contraproducente para la resolución del conflicto personal.

Por lo tanto, a la hora de valorar el seguimiento, hemos de tener en cuenta:

Cuadro 9: Seguimiento



Durante la intervención en primeros auxilios psicológicos, en muchas ocasiones, se hace más importante saber qué es lo que no se debe hacer que el hecho de realizar una intervención brillante.

En la tabla que se ve a continuación podemos comprobar qué es útil y qué no es adecuado en la intervención en primeros auxilios psicológicos con víctimas de delitos violentos.

Tabla1: Qué hacer y qué no hacer en los primeros auxilios psicológicos

ETAPAS	QUÉ HACER	QUÉ NO HACER
<b>1. Ambiente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Contextualización.- Evaluación del ambiente.</li> <li>- Selección de la persona/as a las que vamos a asistir.</li> <li>- Evaluación previa de la/s persona/s con las que vamos a trabajar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comenzar la intervención sin datos previos.</li> <li>- Atender a la primera persona que nos encontramos.</li> <li>- Actuar sin hacer una valoración previa de la situación.</li> </ul>
<b>2. Contacto</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tener en cuenta los aspectos no verbales.</li> <li>- Escucha activa.</li> <li>- Establecer el contacto con precaución, respetando los sentimientos y teniendo en cuenta la situación por la que están pasando.</li> <li>- Distanciamiento psicológico.</li> <li>- Transmitir aceptación, serenidad y comprensión.</li> <li>- Preguntas concretas, sencillas y dirigidas a hechos objetivos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Contar la propia historia.</li> <li>- Juzgar, regañar, culpabilizar o tomar partido.</li> <li>- Ignorar sentimientos o hechos.</li> <li>- Abrumar con información.</li> </ul>
<b>3. Evaluación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Exploración inicial (screening) (derivación en casos psiquiátricos).</li> <li>- Identificación de problemas: emocional y cognitivamente</li> <li>- Estilo de afrontamiento - Identificación de recursos personales y apoyo social</li> <li>- Realizar preguntas abiertas y permitir la expresión de sentimientos.</li> <li>- Escucha activa...</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Emitir un juicio diagnóstico.</li> <li>- Dar la razón del problema.</li> <li>- Soslayar las señales de peligro.</li> <li>- Realizar preguntas cerradas.</li> <li>- Ofrecer recursos innecesarios.</li> <li>- «Solucionarles» el problema.</li> </ul>
<b>4 Restablecimiento emocional</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ...Y más escucha activa.</li> <li>- Facilitar la expresión emocional.</li> <li>- Empleo de técnicas básicas de Activación/Desactivación fisiológica.</li> <li>- Facilitar y promover la recuperación de su red social natural.</li> <li>- Estar disponible y accesible en todo momento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Permitir la visión en túnel.</li> <li>- Ignorar obstáculos.</li> <li>- Prohibir o desalentar la expresión emocional (llanto, gritos, deambulación...)</li> <li>- Permitir que se mezclen necesidades.</li> <li>- Otorgar el papel de víctima al afectado.</li> <li>- Mostrar signos de incomodidad, nerviosismo o cansancio.</li> </ul>
<b>5. Comprensión de la crisis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aportar información general sobre el proceso, los problemas y efectos del estrés y de las REACCIONES NORMALES ANTE UNA SITUACIÓN ANORMAL.</li> <li>- Dar información específica del suceso actual en la medida que nos la vayan pidiendo y en el momento en que nos vaya llegando.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Suponer que saben cuáles son los síntomas habituales en este tipo de situaciones.</li> <li>- Ocultar información por «pena».</li> <li>- Permitir que se creen falsas expectativas e ideas irracionales.</li> <li>- Restarle importancia al sufrimiento de la persona.</li> <li>- Utilizar frases hechas como: «El tiempo todo lo cura».</li> </ul>
<b>6. Activar. Orientar a la persona hacia la acción.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Facilitando la recuperación del nivel de procesamiento cognitivo.</li> <li>- Ayudar a la persona a establecer un plan de acción poniendo en marcha los recursos personales.</li> <li>- Planificar contratos verbales con la persona para llevar a cabo el plan.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Darle las cosas resueltas.</li> <li>- Suponerle incapaz de tomar decisiones cotidianas.</li> <li>- Ponerle en contacto con recursos externos sin haber activado primero los propios.</li> <li>- Fomentar y permitir que retome sus actividades sin un mínimo plan de acción.</li> </ul>
<b>7. Recuperación del funcionamiento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover el funcionamiento independiente.</li> <li>- Ayudarle a planificar las actividades de una en una.</li> <li>- Intentar evitar los planes a largo plazo.</li> <li>- Asegurarle compañía constante (siempre alguien disponible inmediatamente)</li> <li>- Valorar la posible derivación o traslado.</li> <li>- Planificar actividades cotidianas a corto plazo (alojamiento, actividades domésticas...)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Imponerle compañía (cuidado con la ideación autolítica).</li> <li>- Dejarle solo, sin posibilidad de disponer de apoyo cuando lo considere necesario.</li> <li>- Suponer que él mismo recurrirá a S.M. o a otros recursos.</li> <li>- Darle mucha información y pretender que la analice.</li> <li>- Intentar resolverlo todo en el momento.</li> <li>- Promover decisiones que comprometan largo tiempo.</li> <li>- Prometer cosas.</li> <li>- Evitar la toma de decisiones.</li> </ul>
<b>8. Seguimiento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hacer un convenio para recontactar.</li> <li>- Acordar un segundo encuentro.</li> <li>- Evaluar los pasos de la acción.</li> <li>- Garantizar el seguimiento a corto y medio plazo (un mes) para que perciban una continuidad en la intervención.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Asumir que continuarán las acciones por sí mismos.</li> <li>- Dejar detalles en el aire para que ellos los solucionen más adelante.</li> <li>- Incumplir los plazos de seguimiento acordados.</li> </ul>

**BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA**

- Acinas, P. “*Habilidades de comunicación y estrategias asistenciales en el ámbito sanitario II*”. Editorial Formación Alcalá. ISBN 84- 96224-65-1. Jaén. España. 2004.
- Ashcroft, John; Daniels, Deborah J. y Gillis, John W. *Respuesta Primaria para Víctimas del Crimen*. 2001. Departamento de Justicia de los Estados Unidos. Oficina de Programas de Justicia. Oficina para Víctimas del Crimen.
- Asociación de Capacitación e Investigación para la Salud Mental (ACISAM). “*Manual de intervención en crisis en situaciones de desastre*”. 1999. San Salvador. El Salvador.
- Cuerpo de Bomberos de Santiago: “*Apuntes de Curso Básico*”, Departamento de Estudios e Instrucción, Santiago, 1996.
- Departamento de Justicia de los Estados Unidos. Oficina de Programas de Justicia. Oficina para Víctimas del Crimen. *Respuesta primaria para víctimas Del Crimen: Manual para los agentes del orden sobre la manera de abordar y ayudar a Víctimas*. <http://www.ojp.usdoj.gov/ovc>
- Echeburúa, E. (2004). *Superar un trauma: El tratamiento de las víctimas de sucesos violentos*. Madrid. Ediciones Pirámide
- Fernández, J.M. (2005): *Apoyo psicológico en situaciones de emergencia* Ed. Pirámide. Madrid.
- Galiano, S. ; Cervera, M. y Parada, E. (2003). *El CIPR: Procesamiento y recuperación tras incidentes críticos*. En: [www.cuadernosdecrisis.com/index2.html](http://www.cuadernosdecrisis.com/index2.html)
- Rubin, G James; Brewin, Chris R; Greenberg, Neil; Simpson, John y Wessely, Simon *Psychological and behavioral reactions to the bombings in London on 7 July 2005: cross sectional survey of a representative sample of Londoners*. BMJ. doi:10.1136/bmj.38583.728484.3A (published 26 August 2005)
- Hillers, y Rey, M. (2004) “*Dispositivo de atención psicológica del SUMMA-112 tras los atentados del 11-M en Madrid*”. Cuadernos de Crisis, 4 (1). Disponible en: [http://www.cuadernosdecrisis.com/cuadernos/html/6\\_dispositivo\\_atencion.html](http://www.cuadernosdecrisis.com/cuadernos/html/6_dispositivo_atencion.html).
- Lillo, A.; Muñoz, F.; Parada, E.; Puerta, A.; Ramos, M.; Pereira, M.; del Val, M.S. y Guijarro, A. (2004). *Intervención Psicológica tras los atentados del 11 de marzo en Madrid*. Monografía de Clínica y Salud, 15, 1-88.
- Muñoz, José Manuel; Manzanero, Antonio; Alcázar, Miguel Ángel; González, José L.; Pérez, M<sup>a</sup> Luisa y Yela, María. (2011). *Psicología Jurídica en España: Delimitación Conceptual, Campos de Investigación e Intervención y Propuesta Formativa dentro de la Enseñanza Oficial*. Anuario de Psicología Jurídica, 213-14
- Organización Panamericana de la Salud. *Asistencia humanitaria en casos de desastres. Guía para proveer ayuda eficaz*. OPS/OMS: Washington, 1999.
- Pereira, M. “*Propuesta de formación en intervención en crisis de primera instancia (primeros auxilios psicológicos) para los responsables de gestión de la red de Oficinas Judiciales Locales y de Distrito de la Comunidad Autónoma de*

- Madrid” Trabajo final de grado del curso de Experto en Psicología de Urgencias y Emergencias del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. 2005. Sin publicar.
- Rubin Wainrib, B. y Bloch, E. L. (2001): *Intervención en crisis y respuesta al trauma: teoría y práctica*. D.D.B. Bilbao.
- Unidad de Psicología Clínica y de la Salud de la Universidad Complutense de Madrid (2004). *Primeros Auxilios Psicológicos: Protocolo ACERCARSE*. Psicología conductual: Revista internacional de psicología clínica y de la salud, ISSN 1132-9483, N<sup>o</sup>. 3, 2007 (Ejemplar dedicado a: Intervención en crisis, desastres y catástrofes) págs. 479-506
- Unidad de Psicología Clínica y de la Salud de la Universidad Complutense de Madrid (2004). Guía de autoayuda Tras los atentados del 11 de marzo Disponible en: <http://www.ucm.es/info/upsiclin/guia11m.pdf>
- Wainrib, B. R. y Bloch, E. L. (2001). *Intervención en crisis y respuesta al trauma: teoría y práctica*. Bilbao. DDB.

**BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA**

- Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Refugiados. “*Manual para Situaciones de Emergencia*”. Segunda Edición. 2002-2006.
- Baca Baldomero E, Echeburúa Odriozola E, Tamarit Sumilla JM (eds). Manual de Victimología. Tirant Lo Blanch. Valencia, 2006.
- Benyakar, Mordechai: “*Lo Disruptivo*”, Editorial Biblos, ISBN 950-786-353-2, Buenos Aires, Argentina, 2002.
- Boscarino, J. A.; Adams, R.E. y Figley, C. R. (2005) *A Prospective Cohort Study of the Effectiveness of Employer-Sponsored Crisis Interventions after a Major Disaster*. International Journal of Emergency Mental Health, Vol.7,N<sup>o</sup>.1, pp 9-22.
- Echeburúa, E.; Corral, P. Y Amor, P. (2004) *Nuevos enfoques terapéuticos del trastorno de estrés postraumático en víctimas de terrorismo*. Clínica y salud 15 (3), 273-292.
- Lorente Gironella, Ferran; Font Mayolas, Sílvia; Villar Hoz, Esperança. *La Formación En Primeros Auxilios Psicológicos Y Emergencias En El Título De Grado En Psicología*. Revista de Enseñanza de la Psicología: Teoría y Experiencia (2005), 1 (1)
- Robles Sánchez, J. I. y Medina Amor, J. L. (2002): *Intervención psicológica en las catástrofes*. Ed. Síntesis. Madrid.
- Sassón, M. (2004) *Catástrofes y Salud Mental. Abordajes Teóricos y Modalidades de Intervención*. Facultad de Humanidades Carrera de Licenciatura en Psicología. Departamento de Investigación
- Slaikou, K. A., (1988) *Intervención en crisis*. Editorial el Manual Moderno. México.
- Trujillo, M. (2004) *Psicología para después de una crisis*. Madrid. Aguilar- Santillana.
- Vera, I. (2001). El perfil del psicólogo en la intervención psicológica inmediata (II). [www.proteccioncivil.org](http://www.proteccioncivil.org).

## NEUROIMAGEN Y PSICOPATÍA

César Ávila

Departamento de Psicología Básica, Clínica y Psicobiología, Universitat Jaume I

Desde la descripción de Cleckley en 1944 y especialmente tras el trabajo de Robert Hare a partir de los años 70, el diagnóstico de psicopatía entre la población penitenciaria se ha considerado un agravante de la situación penitenciaria de los reclusos, ya que se ha demostrado que predispone a mayor reincidencia en el delito, mayor violencia, peor respuesta al tratamiento y mayor probabilidad de violación de las condiciones de libertad condicional (ver capítulo de Rafael Torrubia, en este libro). Este aspecto negativo asociado al diagnóstico de psicopatía ha sido históricamente agravado por el hecho de que no se asociaba a un trastorno cerebral claro ni conocido, que convertía a los delincuentes psicópatas en responsables de su delito. La ausencia de una lesión cerebral evidente, y la buena ejecución en tests neuropsicológicos convertía a los psicópatas en personas con una inteligencia media-alta que cometían sus delitos de forma premeditada y consciente. En este sentido, la psicopatía se aleja de otras enfermedades mentales como las del espectro psicótico o neurótico en las que la presencia del trastorno podría ser considerada como eximente de responsabilidad o atenuante a la hora de juzgar un delito.

En los últimos dos años, sin embargo, han aparecido diversos estudios que utilizando las técnicas más avanzadas de neuroimagen cerebral han desafiado de forma clara la idea de que la psicopatía no se asocia a un trastorno orgánico, describiendo de forma muy convergente alteraciones cerebrales concretas muy coherentes con las manifestaciones conductuales propias del trastorno. Sin ánimo de entrar en las posibles consecuencias legales que la presencia de una disfunción cerebral pueda tener, el presente capítulo tiene el objetivo de repasar esta literatura neurocientífica con el objetivo de poder interpretar los diversos resultados obtenidos de una forma coherente. El capítulo lo dividiremos en 4 apartados breves destinados a: 1) Introducir el problema; 2) Describir brevemente las técnicas de neuroimagen; 3) Describir los principales hallazgos sobre anomalías estructurales en la psicopatía; y 4) Describir los principales déficits cognitivos en la psicopatía así como sus correlatos cerebrales. Acabaremos el capítulo estableciendo un resumen y unas conclusiones.

## 1.- INTRODUCCIÓN.

En 1848, Phineas Gage sufrió un accidente mientras trabajaba en el tren que consistió en que una estrecha barra de hierro le atravesó el cráneo y se le introdujo en el cerebro, concretamente en la parte medial anterior de su lóbulo frontal. Una vez extraída la barra, la lesión cerebral resultante no generó ningún tipo de déficit cognitivo, motor o sensorial observable, pero sí un profundo cambio en su personalidad. De esta forma, y en ausencia de déficits cognitivos evidentes que lo acompañaran, Phineas Gage pasó de ser una persona responsable y cumplidor de las convenciones y normas sociales, a tener una personalidad más desinhibida que le condujo a ser irresponsable e irreverente, lo que se manifestó en un estilo de vida que le condujo a realizar diversos trabajos y cambio de residencia, sin grandes apegos emocionales a otras personas o lugares. Desde entonces, se han estudiado diversos pacientes con lesiones en las zonas ventromediales y orbitofrontales del cerebro, comprobando la existencia de un patrón de conducta desinhibido en muchos casos, que se asociaba a una elevada autoestima, una falta de empatía, agresividad y una dificultad para actuar adecuadamente en situaciones sociales (ver Eslinger y Damasio, 1985; Jurado y Junqué, 1996).

Históricamente, la similitud evidente entre la personalidad del psicópata (ver capítulo de Torrubia en este libro) y los cambios observados tras lesiones frontales sirvió para hipotetizar que la psicopatía se asociaba a una lesión en el lóbulo frontal. En los años 70, 80 y principios de los 90, esta hipótesis fue descartada mediante amplios estudios que trataron de identificar déficits frontales mediante una batería de tests neuropsicológicos clásicos en los que los pacientes con lesiones frontales acostumbran a tener puntuaciones bajas (Hare, 1984; Smith y cols. 1992). Los psicópatas obtuvieron puntuaciones normales en estos tests, por lo que estos estudios sirvieron para descartar categóricamente que la psicopatía se asocie a una “alteración del lóbulo frontal” (Hare, 1984) o a “una lesión cerebral” (Smith y cols., 1992), con la consiguientes implicaciones legales que ello implica.

El conocimiento actual del lóbulo frontal nos permite afirmar que estas conclusiones eran precipitadas. El lóbulo frontal no se puede conceptualizar como un todo y, al menos, se deben tener en cuenta las diversas áreas anatómicas que lo conforman como zonas funcionalmente distintas y relativamente independientes. En ese sentido, la mayoría de los tests neuropsicológicos utilizados en los estudios de Hare y Newman se relacionaban con funciones cognitivas asociadas a zonas dorsolaterales del cerebro, pero no medían adecuadamente el funcionamiento de áreas ventromediales y orbitofrontales. La medida de la funcionalidad de estas zonas cerebrales requiere tareas de toma de decisiones con componentes más emocionales, de análisis de errores, o de interacción social. Estudios recientes que han utilizado este tipo de tareas han constatado déficits neuropsicológicos en tareas frontales (Blair y cols., 2006). Por tanto, es importante considerar que la psico-

patía no se puede asociar como una alteración frontal en general, sino como una alteración más específica de áreas más ventrales del lóbulo frontal, en concreto, las zonas ventromedial y orbitofrontal.

Un último aspecto característico de las alteraciones frontales es que difícilmente se pueden aislar de disfunciones en otras áreas cerebrales. En este sentido, y una vez conocidos los déficits en procesamiento emocional asociados a la psicopatía, parece lógico pensar que las alteraciones frontales se deberían asociar a disfunciones en el lóbulo temporal anterior. Por tanto, el foco de la atención de los estudios de neuroimagen más recientes ha sido mayoritariamente las partes ventrales anteriores del lóbulo prefrontal y su conexión con las zonas anteriores del lóbulo temporal.

## 2.- TÉCNICAS DE NEUROIMAGEN.

El estudio del cerebro humano mediante técnicas de neuroimagen es una de las disciplinas científicas que más rápidamente ha avanzado en los últimos 20 años. Sus posibilidades y su aplicabilidad son actualmente enormes, pero a la hora de considerar su utilidad en el ámbito de la investigación y la atención a la población penitenciaria, y en concreto, en el estudio de la psicopatía, se requiere la consideración de diversos aspectos que a nuestro juicio son relevantes. Un primer aspecto que debemos tener en cuenta es su aplicabilidad en el ámbito penitenciario. Muchas técnicas de neuroimagen requieren instalaciones muy complejas que no pueden realizarse en el interior de un centro penitenciario. No obstante, en el caso de la Resonancia Magnética, y debido a la necesidad de que esta técnica se acerque a lugares con menor densidad poblacional, se han desarrollado equipos móviles que mediante camiones, fácilmente podrían introducirse temporalmente en centros penitenciarios (Motzkin et al., 2012). Un segundo aspecto relevante es la utilización de técnicas cerebrales que permitan el mapeo espacial de todo el cerebro por igual. La búsqueda de correlatos neurales que permitan establecer diagnósticos clínicos e individuales requerirá necesariamente el uso de este tipo de técnicas tomográficas. Además, en el caso específico de la psicopatía, se deberán aplicar protocolos de adquisición para mapear adecuadamente estructuras cerebrales claves como el córtex orbitofrontal (OFC) o estructuras basales del lóbulo temporal (en concreto, la amígdala y el lóbulo temporal anterior). En el caso de la Resonancia Magnética, este aspecto requerirá protocolos específicos en función de la zona o zonas de interés.

Todos estos factores convierten a la Resonancia Magnética en la mejor técnica de elección para el estudio del cerebro humano en el ámbito penitenciario ya que cumple bastante bien todas esas condiciones. Además, permite estudiar de forma clara y relativamente rápida tanto la estructura como la función del cerebro. En cuanto a la anatomía, el estudio de la morfología del cerebro permite medir in vivo las variaciones estructurales

locales y globales en función de factores como el desarrollo, la vejez, las enfermedades o las diferencias individuales. Generalmente, se hace analizando imágenes de Resonancia Magnética adquiridas en T1, que permiten una precisa delimitación de la sustancia gris, la sustancia blanca y líquido cefaloraquídeo. El uso de programas informáticos que utilizan métodos estadísticos y matemáticos avanzados permite a los investigadores cuantificar las características del cerebro en términos de forma, masa o volumen, que a su vez facilita la obtención de índices globales y locales de densidad y volumen de sustancia gris, de conectividad en sustancia blanca, de girificación, de grosor cortical, o de magnitud de líquido cefaloraquídeo.

Además de las técnicas basadas en la adquisición en T1, existe una técnica, la Resonancia Magnética Tensor de Difusión, para estudiar específicamente la sustancia blanca. Se basa en la idea de que los haces de axones generan zonas cerebrales caracterizadas por una elevada anisotropía interna, es decir, una restricción en la dirección en la que circula el agua. Estas zonas contrastan con áreas cerebrales sin gran densidad de axones en las que se produce una isotropía, es decir, una libre circulación del agua en todas las direcciones. Este contraste permite conocer la cantidad y calidad de las conexiones cerebrales entre áreas distales, y actúa como complemento de la información otorgada por la morfometría.

Finalmente, la Resonancia Magnética también permite estudiar el cerebro de forma funcional, es decir, mientras realiza tareas cognitivas. Las diferentes propiedades paramagnéticas de la oxihemoglobina y la desoxihemoglobina en capilares sanguíneos genera un contraste que se denomina BOLD y que permite conocer in vivo el aporte sanguíneo en cada zona cerebral con una precisión casi milimétrica. De esta manera, el estudio comparativo del contraste BOLD en diversas tareas cognitivas comparables, nos permite conocer qué zonas cerebrales contribuyen a un determinado proceso. Esta técnica ha permitido avanzar enormemente en el conocimiento de las funciones cerebrales en los últimos años.

Por tanto, la Resonancia Magnética es una técnica que permite responder con un mismo aparato y en relativamente poco tiempo a las principales cuestiones que se plantean en un campo tan inexplorado en neuroimagen como es la psicopatía. Tal como hemos visto, permite responder a interrogantes como la posible existencia de alteraciones anatómicas o disfunciones cognitivas en la psicopatía.

### 3.- DÉFICITS EN LA ESTRUCTURA CEREBRAL EN LA PSICOPATÍA.

Son diversos los trabajos que recientemente se han publicado con el objetivo de estudiar déficits estructurales en la psicopatía. El resumen de estos estudios aparece en la Tabla

1. A la hora de analizar y evaluar estos resultados es importante considerar diversos aspectos. En primer lugar, se debe tener en cuenta la procedencia de la muestra. La mejor situación es trabajar con grupos obtenidos directamente del ámbito penitenciario, pero esto sólo ocurre en pocos casos. Las muestras penitenciarias aseguran una relación entre psicopatía y delincuencia, clasificando aparte los psicópatas exitosos (Yang y cols., 2010). Además, asegura una misma procedencia en el caso del grupo control lo que es útil para la equiparación en prisonización, además de controlar el efecto del posible etiquetaje como delincuente. La utilización de muestras comunitarias con individuos con puntuaciones medias bajas en PCL-R no garantiza el uso de muestras adecuadas, ya que en la mayoría de los casos el grupo control no ha cometido delitos. Otro aspecto relevante es la utilización de muestras de suficiente tamaño, y de una estadística adecuada. En este sentido, los estudios de neuroimagen utilizan en su mayoría muestras relativamente reducidas, y en algunos casos, excesivamente reducidas. Los procedimientos estadísticos también han mejorado en los últimos años, no admitiéndose actualmente la publicación de trabajos que no presenten con algún tipo de corrección por múltiples comparaciones. Por último, cabe considerar el tipo de técnica utilizado, ya sea morfometría basada en el vóxel, estudio del grosor cortical o estudio de la sustancia blanca mediante DTI. Aunque todas las técnicas informan sobre aspectos diferentes de la estructura cortical, es precisamente la convergencia entre ellas la que dará fuerza a los resultados y las conclusiones.

En la Tabla 1 aparece una recopilación de los principales estudios realizados con técnicas de RM estructural en relación a la psicopatía. No son muchos, pero sorprende, en comparación con otras patologías psiquiátricas en las que se han realizado muchos más estudios y con muestras superiores, la homogeneidad de los resultados obtenidos. En la Tabla 1 se puede observar en la primera columna el primer autor del estudio. Es importante aclarar en este punto que son pocos los grupos de investigación que han llevado a cabo de este tipo de estudios. Destacan los grupos de Michael Koenigs y Joseph Newman (acompañados de Kent Kielh) en la Universidad de Wisconsin en Madison, el grupo Adrian Raine en la Universidad de Pennsylvania, y finalmente los estudios de Richard Blair en National Institute of Mental Health. En la segunda columna se puede observar el año de publicación, que muestra que la mayoría de los estudios son muy recientes, y están publicados en su mayoría en revistas de prestigio. La tercera columna contiene el tamaño de muestra y entre paréntesis el número de participantes con diagnóstico de psicopatía. Cabe señalar que, en general, el número de psicópatas en los estudios es bajo para lo que es habitual, pero la convergencia de los resultados es lo que da fuerza al conjunto.

Tabla 1. Resumen de los principales estudios morfométricos y de tensor de difusión realizados en psicopatía utilizando el PCL (Psychopathy Checklist). Abreviaturas: pp: número de psicópatas en el estudio; OFC: corteza orbitofrontal; ACC: corteza cingulada anterior; IFG: giro deonral inferior; PCC: corteza cingulada posterior; ATL: lóbulo temporal anterior; STG: giro temporal superior; Amig: amígdala; FA: Anisotropía funcional.

Estudio	Año	N (pp)	Procedencia Psicopatía	Procedencia Control	Criterio PCL	Déficit estructural
<b>SUSTANCIA GRIS</b>						
Boccardi	2011	51 (25)	Comunidad	Comunidad	M=26	OFC, ACC, IFG, PCC
De Oliveira-Souza	2008	30(15)	Comunidad	Comunidad	PCLSV=17	OFC, ATL, Insula, STG
Ermer	2011	232 (41)	Penitenciaria	Penitenciaria	Correlación PCL; M=	OFC medial lateral, ATL, Insula, Amig, PCC
Ly	2012	53 (21)	Penitenciaria	Penitenciaria	>30	Insula, ACC, ATL, IFG
Muller	2008	34 (17)	Forense	Comunidad	>28	ATL, STG, ACC
Yang	2010	53 (16)	Comunidad	Comunidad	>23	OFC, Amig
<b>SUSTANCIA BLANCA</b>						
Craig	2009	18 (9)	Forense	Comunidad	M=28.4	FA Uncinado
Motzkin	2011	27 (14)	Penitenciaria	Penitenciaria	>30	FA Uncinado
Sundram	2012	15	Comunidad	Comunidad	Correlacion	FA Uncinado, Fronto-occipital Inferior

La revisión de las investigaciones realizadas produce resultados bastante consistentes. Los estudios sobre la sustancia gris muestran en todos los casos una disminución en el cortex paralímbico incluyendo el lóbulo temporal anterior y la ínsula. Los estudios de morfometría son también coincidentes en mostrar que los psicópatas tienen una menor sustancia gris en áreas del lóbulo OFC y ventromedial. Los estudios de tractografía en sustancia blanca también son consistentes en mostrar una disminución de la conectividad específica para el fascículo uncinado derecho, que conecta las zonas más anteriores del lóbulo orbitofrontal (incluyendo las parte frontopolares) con el sistema límbico. Estos estudios no muestran diferencias en otros fascículos fronto-occipitales o fronto-temporales con funciones más cognitivas. Por tanto, los estudios publicados hasta la fecha muestran de forma repetida que la psicopatía se asocia a alteraciones estructurales en áreas frontales y temporales basales relacionados con el procesamiento e integración de la información emocional compleja.

#### 4.- DÉFICITS COGNITIVO-EMOCIONALES: ESTUDIOS COGNITIVOS Y FUNCIONALES.

La psicopatía es una entidad de compleja en cuanto a sus características, requiriéndose en su definición sindrómica un conjunto de ítems más o menos heterogéneos (ver capítulo del profesor Torrubia en este volumen). Existe un acuerdo unánime, no obstante, en que la psicopatía presenta unos rasgos de personalidad comunes que suponen el núcleo esencial de la patología, y que se resumen en una dureza en el carácter, una falta de empatía, un déficit de emocionalidad y una elevada autoestima.

Todos estos factores confluyen en un déficit de procesamiento emocional en la psicopatía especialmente evidente cuando afecta a los demás. En este sentido, la psicopatía parece caracterizarse por un déficit emocional consistente en producir respuestas faciales y verbales que son consistentes con emociones socialmente apropiadas, pero no se acompañan de actividad nerviosa periférica congruente con esas respuestas conductuales (Hare, 1978; Kiehl et al., 1999; Patrick 1994). Por tanto, individualmente los psicópatas no presentan sensaciones emocionales congruentes con sus respuestas verbales y conductuales. Esta disociación en la respuesta se manifiesta un déficit de procesamiento emocional en tareas que utilizan medidas de reflejo de sobresalto o de activación electrodermal (Hare y cols., 1978; Patrick 1994). En estos estudios se observa una menor respuesta electrodermal y una menor modulación del reflejo de sobresalto en psicópatas en presencia de estímulos aversivos o desagradables, a pesar de ser conscientes de la contingencia negativa o de evaluar como aversivos los estímulos.

Otro de los aspectos relevantes es el reconocimiento de emociones en los demás. Kosson y col. (2002) mostraron que la psicopatía se asociaba a un déficit en la identificación de caras que reflejaban la emoción de asco, aunque no las caras de miedo, tristeza, enfado o alegría. Además, Blair y cols. (1997) mostraron que la psicopatía se asocia a un déficit en la magnitud de la respuesta electrodermal a escenas que muestran un sufrimiento de los demás.

Estudios recientes con tareas más imaginativas han mostrado que el déficit emocional de la psicopatía no sólo afecta a reacciones periféricas emocionales, sino que también se observa en tareas conductuales más complejas. En un estudio de Koenigs, Kruepke y Newman (2010) se utilizaron el ultimátum game y el dictator game. El primero consiste en aceptar repartos de 10 euros realizados por una persona colaboradora. En el grupo control, si el reparto es justo (5 euros para cada uno, o un reparto 6-4 en favor del repartidor) normalmente se acepta la cantidad recibida. Sin embargo, si el reparto es injusto (7-3, 8-2 o 9-1 en favor del repartidor) en un porcentaje elevado de ocasiones (el 35% aproximadamente) no se acepta esa cantidad a pesar de suponer un ingreso. Este rechazo de repartos injustos se eleva al 70% en el caso de los psicópatas, argumentán-

dose esta decisión como rechazo a un reparto injusto. El dictator game supone una inversión de papeles, y ahora son los sujetos los que deben repartir 10 euros con un colaborador. Curiosamente, la oferta de reparto media se sitúa 4'5 euros de promedio en el grupo control, pero se reduce a un promedio de 2'3 cuando los hace el grupo de psicópatas. De alguna manera, aquellos sujetos que más rechazan un reparto injusto, son aquellos que menos reparten cuando tienen que decidirlo ellos. Es importante reseñar que este patrón de respuesta es idéntico al observado en pacientes con lesiones ventromediales.

En resumen, los datos que se han recogido en esta revisión no exhaustiva de los estudios sobre déficits cognitivo-emocionales en la psicopatía son consecuentes en mostrar un déficit en el procesamiento emocional. Este es especialmente evidente en situaciones específicas que implican:

1. Evaluación del sufrimiento de los demás.
2. Un estímulo emocional que se presenta de forma secundaria a la tarea principal, y que por tanto no es esencial para la misma.
3. Persecución de un objetivo o recompensa.
4. Evaluación de respuestas periféricas.
5. De interacción social.

Existen elementos para predecir una respuesta cerebral emocional disminuida en zonas temporales en psicopatía que se pone de manifiesto en situaciones sociales, lo que afecta a la conectividad con el cortex ventromedial y orbitofrontal.

Sin embargo, no son muchos los estudios de neuroimagen funcional realizados en psicopatía mediante técnicas tomográficas. A pesar de ello, los resultados encontrados vuelven a ser convergentes entre sí, y con los resultados estructurales explicados en el punto anterior. El resultado más frecuente es mostrar una disminución de la respuesta de la amígdala a situaciones que implican juicios morales (Glenn et al., 2009; Pujol y cols., 2012), juicios sobre legalidad de las acciones (Marsh et al., 2011), o aceptación de repartos injustos en el Ultimátum Game (Osumi et al., 2012). Además, también se ha encontrado déficits en la respuesta del córtex orbitofrontal cuando se realizan juicios de legalidad (Marsh et al., 2011) juicios morales (Harenski et al., 2010) o cuando se analizan los errores de respuesta realizados (Finger y cols., 2011). Algunos estudios han mostrado déficits a nivel de lóbulo temporal anterior (Harenski et al., 2010). Finalmente, en uno de los primeros estudios llevados a cabo, se han encontrado déficits de conectividad generales en todas esas zonas en una tarea de aprendizaje aversivo (Birbaumer et al., 2005).

Muchos de estos estudios están realizados con muestras reducidas, con umbrales esta-

dísticos liberales o con presencia de diferencias adicionales más difíciles de interpretar. Por tanto, los estudios de Resonancia Magnética funcional requieren todavía muchos más datos y procedimientos más directos. Cabe además resaltar que otras áreas cerebrales como el cíngulo anterior, o la ínsula podrían jugar un papel relevante, ya que también son áreas esenciales en la integración cognitivo emocional.

## CONCLUSIÓN.

En este capítulo se han repasado las principales contribuciones que desde nuestro punto de vista se han realizado en el campo de la neuroimagen y la psicopatía, con especial énfasis en aquellas que se han hecho en los últimos años con las técnicas más avanzadas. Todos estos trabajos parecen ser coincidentes en relacionar la psicopatía con un déficit en el funcionamiento de estructuras cerebrales que incluyen las zonas límbicas y paralímbicas anteriores del lóbulo temporal y las zonas ventrales y mediales del lóbulo prefrontal con especial énfasis en áreas orbitofrontales. Estos estudios no sólo muestran decrementos en el volumen de sustancia gris en estas áreas, sino que además los estudios de sustancia blanca mediante Resonancia Magnética con Tensor de Difusión son coincidentes en mostrar una menor conectividad en el fascículo uncinado que une las partes más mediales del lóbulo frontal con las zonas anteriores del lóbulo temporal.

Estos datos estructurales son coincidentes con los estudios conductuales y los datos funcionales que muestran que la psicopatía se asocia a déficits en procesamiento emocional y que estos déficits son debidos a una hipoactivación de la amígdala, el cortex orbitofrontal y el lóbulo temporal anterior. En concreto, el cerebro del psicópata parece mostrar dificultades tanto para percibir emociones en los demás como para experimentar las emociones propias. El déficit en el funcionamiento en las estructuras antes citadas, así como el déficit de conectividad entre ellos (zonas límbicas y paralímbicas, y sobre todos de estas zonas con el lóbulo frontal a través del fascículo uncinado) parece completar un puzzle sobre el funcionamiento del cerebro en la psicopatía. No obstante, algunos estudios también sugieren el papel de otras áreas como la ínsula (zona cerebral asociada a la percepción de emociones) y el cíngulo anterior (zona asociada a la atención y la motivación).

Por tanto, estamos en condiciones de sospechar que la psicopatía se asocia a déficits cerebrales concretos que limitan de forma drástica la toma adecuada de decisiones en lo que respecta la interacción con otros individuos. La confirmación de estos resultados en el futuro podría por tanto cambiar la percepción que se tiene de la conducta delictiva en psicopatía, con las consiguientes implicaciones en su tratamiento y reinserción.



## REFERENCIAS

- Birbaumer, N., Veit, R., Lotze, M., Erb, M., Hermann, C., Grodd, W., and Flor, H. (2005). Deficient fear conditioning in psychopathy: a functional magnetic resonance imaging study. *Arch. Gen. Psychiatry* 62, 799 – 805.
- Blair KS, Newman C, Mitchell DG, Richell RA, Leonard A, Morton J, Blair RJ. (2006). Differentiating among prefrontal substrates in psychopathy: neuropsychological test findings. *Neuropsychology*, 20, 153-65.
- Blair RJ, Jones L, Clark F, Smith M. (1997) The psychopathic individual: a lack of responsiveness to distress cues?. *Psychophysiology*, 34, 192-8.
- Boccardi, M., Frisoni, G.B., Hare, R.D., Cavedo, E., Najt, P., Pievani, M., Rasser, P.E., Laakso, M.P., Aronen, H.J., Repo-Tiihonen, E., et al. (2011). Cortex and amygdala morphology in psychopathy. *Psychiatry Research*, 193, 85 – 92.
- Cleckley, H. (1941). *The Mask of Sanity* (St. Louis, MO: Mosby).
- Craig, M.C., Catani, M., Deeley, Q., Latham, R., Daly, E., Kanaan, R., Picchioni, M., McGuire, P.K., Fahy, T., Murphy, D.G.M. (2009). Altered connections on the road to psychopathy. *Molecular Psychiatry*, 14, 946 – 953.
- de Oliveira-Souza, R., Hare, R.D., Bramati, I.E., Garrido, G.J., Azevedo Ignacio, F., Tovar-Moll, F., and Moll, J. (2008). Psychopathy as a disorder of the moral brain: fronto-temporo-limbic grey matter reductions demonstrated by voxel-based morphometry. *Neuroimage* 40, 1202 – 1213.
- Ermer, E., Cope, L.M., Nyalakanti, P.K., Calhoun, V.D., and Kiehl, K.A. (2011). Aberrant paralimbic gray matter in criminal psychopathy. *Journal of Abnormal Psychology*, 121, 649-658
- Eslinger, P.J. and Damasio, A.R. (1985). Severe disturbance of higher cognition after bilateral frontal lobe ablation: patient EVR. *Neurology*, 35, 1731-1741
- Finger EC, Marsh AA, Blair KS, Reid ME, Sims C, Ng P, Pine DS, Blair RJ. (2011). Disrupted reinforcement signaling in the orbitofrontal cortex and caudate in youths with conduct disorder or oppositional defiant disorder and a high level of psychopathic traits. *American Journal of Psychiatry*, 168, 152-62.
- Glenn, A.L., Raine, A., and Schug, R.A. (2009). The neural correlates of moral decision-making in psychopathy. *Molecular Psychiatry* 14, 5– 6.
- Hare, R.D., Frazelle, J., and Cox, D.N. (1978). Psychopathy and physiological responses to threat of an aversive stimulus. *Psychophysiology* 15, 165 – 172.
- Hare RD (1984) Performance of psychopaths on cognitive tasks related to frontal lobe function. *Journal of Abnormal Psychology*, 93, 133-40.
- Harenski, C.L., Harenski, K.A., Shane, M.S., y Kiehl, K.A. (2010). Aberrant neural processing of moral violations in criminal psychopaths. *Journal of Abnormal Psychology*, 119, 863 – 874.
- Jurado, M.A., y Junqué, C. (1996). Psicopatía y neuropsicología del córtex prefrontal. *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 24, 148-155.

- Kiehl KA, Hare RD, McDonald JJ, y Brink J. (1999). Semantic and affective processing in psychopaths: an event-related potential (ERP) study. *Psychophysiology*, 36, 765-74.
- Koenigs, M., Kruepke, M., y Newman, J.P. (2010). Economic decision-making in psychopathy: a comparison with ventromedial prefrontal lesion patients. *Neuropsychologia* 48, 2198 – 2204.
- Kosson DS, Suchy Y, Mayer AR, y Libby J. (2002). Facial affect recognition in criminal psychopaths. *Emotion*, 2, 398-411.
- Ly, M., Motzkin, J.C., Philippi, C., Kirk, G.R., Newman, J.P., et al. (2012). Cortical thinning in psychopathy. *American Journal of Psychiatry*, 169, 743-749
- Marsh AA, Finger EC, Fowler KA, Jurkowitz IT, Schechter JC, Yu HH, Pine DS, y Blair RJ. (2011). Reduced amygdala-orbitofrontal connectivity during moral judgments in youths with disruptive behavior disorders and psychopathic traits. *Psychiatry Research*, 194, 279-86.
- Motzkin, J.C., Newman, J.P., Kiehl, K.A., y Koenigs, M. (2011). Reduced prefrontal connectivity in psychopathy. *Journal of Neuroscience*, 31, 17348 – 17357.
- Muller, J.L., Ganssbauer, S., Sommer, M., Dohnel, K., Weber, T., Schmidt-Wilcke, T., y Hajak, G. (2008). Gray matter changes in right superior temporal gyrus in criminal psychopaths. Evidence from voxel-based morphometry. *Psychiatry Research*, 163, 213 – 222.
- Osumi T, Nakao T, Kasuya Y, Shinoda J, Yamada J, y Ohira H. (2012). Amygdala dysfunction attenuates frustration-induced aggression in psychopathic individuals in a non-criminal population. *Journal of Affective Disorders*, 142, 331-8.
- Patrick CJ. (1994). Emotion and psychopathy: startling new insights. *Psychophysiology*, 31, 319-30.
- Pujol J, Batalla I, Contreras-Rodríguez O, Harrison BJ, Pera V, Hernández-Ribas R, Real E, Bosa L, Soriano-Mas C, Deus J, López-Solà M, Pifarré J, Menchón JM, Cardoner N. (2012). Breakdown in the brain network subserving moral judgment in criminal psychopathy. *Social, Cognitive, and Affective Neuroscience*, 7, 917-23
- Smith, SS., Arnett, PA. y Newman, JP. (1992). Neuropsychological differentiation of psychopathic and nonpsychopathic criminal offenders. *Personality and Individual Differences*, 13, 1233-1245.
- Sundram F, Deeley Q, Sarkar S, Daly E, Latham R, Craig M, Raczek M, Fahy T, Picchioni M; UK AIMS Network, Barker GJ, Murphy DG. (2012). White matter microstructural abnormalities in the frontal lobe of adults with antisocial personality disorder. *Cortex*, 48, 216-29.
- Yang, Y., Raine, A., Colletti, P., Toga, A.W., and Narr, K.L. (2010). Morphological alterations in the prefrontal cortex and the amygdala in unsuccessful psychopaths. *Journal of Abnormal Psychology*, 119, 546– 554.

## EVALUACIÓN DE LA PSICOPATÍA MEDIANTE LA PCL-R DE HARE: APLICACIONES EN EL ÁMBITO PENITENCIARIO

**Rafael Torrubia Beltri**

Departament de Psiquiatria i de Medicina Legal. Institut de Neurociències.  
Universitat Autònoma de Barcelona

Una minoría de delincuentes adultos es responsable de más del 50% de los delitos (Farrington, Ohlin y Wilson, 1986). Dichos individuos presentan un inicio precoz de sus carreras delictivas, historiales más persistentes y con mayor presencia de violencia, se muestran más resistentes a la rehabilitación y generan un gran coste social. Muchos de ellos poseen rasgos psicopáticos de personalidad.

La psicopatía es un síndrome patológico caracterizado por una constelación de rasgos afectivos (p.e. ausencia de culpa y empatía) e interpersonales (p.e. grandiosidad y manipulación) característicos junto con un perfil conductual desinhibido y antisocial (Cleckley, 1976; Hare, 1991). No parece ser un subproducto de la civilización actual ni del mundo occidental, ya que existe evidencia de individuos con dichos rasgos y conductas en diferentes momentos históricos y en culturas muy diversas. El primer intento dentro de la psiquiatría de delimitar una entidad nosológica específica para dichos sujetos se remonta al concepto de *manie sans délire* propuesto por Pinel (1809).

A pesar de los avances recientes en la comprensión de dicho síndrome, la naturaleza, la definición y el alcance del mismo continúan siendo temas de controversia (véase para una revisión Millon, Simonsen y Birket-Smith, 1998; Patrick, Fowles y Krueger, 2009). El Modelo Triárquico de la Psicopatía propuesto recientemente por Patrick, Fowles y Krueger (2009) constituye un intento de síntesis de las diferentes aproximaciones formuladas hasta la fecha. Contempla tres fenotipos distintos: desinhibición (*disinhibition*), relacionada con problemas en el control de los impulsos; audacia (*boldness*), considerada como la combinación de dominancia social, resiliencia y osadía; y maldad (*meanness*), definida como la búsqueda de recursos agresivos sin tener en cuenta a los demás. Dichos fenotipos estarían moderadamente asociados entre ellos, permitirían explicar los diferentes factores etiológicos y las diferentes trayectorias evolutivas hacia la psicopatía

y posibilitarían la integración de la mayor parte de las concepciones formuladas a lo largo de la historia. Dos factores disposicionales etiológicos, el temperamento difícil y la ausencia de miedo, serían el substrato temperamental de los mismos. Dichas características temperamentales, a través de su interacción con variables ambientales, contribuirían a la aparición de los fenotipos (Figura 1). Las diferentes concepciones clínicas de la psicopatía compartirían el fenotipo desinhibición pero diferirían en cuanto a la relevancia que dan a los otros fenotipos; por ejemplo, la audacia sería esencial en la descripción de Cleckley (1976), mientras que la maldad lo sería en el modelo de McCord y McCord (1964).

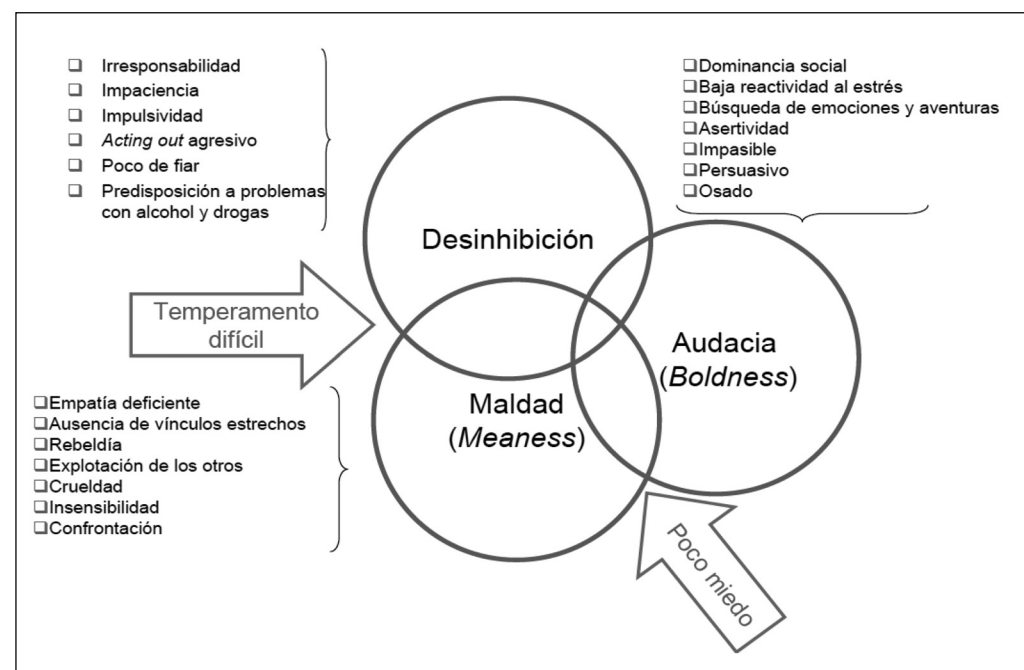


Figura 1. El modelo triárquico de la psicopatía (basado en Patrick, Fowles y Krueger, 2009).

### EL PERFIL CLÍNICO DEL PSICÓPATA SEGÚN R.D. HARE.

En la actualidad, la descripción clínica de la psicopatía más ampliamente aceptada es la propuesta por Hare (1991, 2003) en la *Psychopathy Checklist-Revised* (PCL-R), denominada Escala de Evaluación de Psicopatía de Hare Revisada (Hare, 2010) en su versión española (Tabla 1). La PCL-R consta de 20 ítems que son la versión revisada de un primer listado de 22 (la *Psychopathy Checklist*; Hare, 1980) elaborado a partir del perfil clínico formulado por Cleckley (1976) en su obra seminal *The Mask of Sanity*.

Tabla 1. Ítems de la Escala de Evaluación de Psicopatía de Hare Revisada (Hare, 2010).

ÍTEM	FACETA	FACTOR
1 Facilidad de palabra/Encanto superficial	Interpersonal	1
2 Sentido desmesurado de autovalía	Interpersonal	1
3 Necesidad de estimulación/Tendencia al aburrimiento	Estilo de vida	2
4 Mentiroso patológico	Interpersonal	1
5 Estafador/Manipulador	Interpersonal	1
6 Ausencia de remordimiento o sentimiento de culpa	Afectiva	1
7 Afecto superficial	Afectiva	1
8 Insensibilidad afectiva/Ausencia de empatía	Afectiva	1
9 Estilo de vida parasitario	Estilo de vida	2
10 Pobre autocontrol de la conducta	Antisocial	2
11 Conducta sexual promiscua	-----	-----
12 Problemas de conducta en la infancia	Antisocial	2
13 Ausencia de metas realistas a largo plazo	Estilo de vida	2
14 Impulsividad	Estilo de vida	2
15 Irresponsabilidad	Estilo de vida	2
16 Incapacidad para aceptar la responsabilidad de las propias acciones	Afectiva	1
17 Frecuentes relaciones maritales de corta duración	-----	-----
18 Delincuencia juvenil	Antisocial	2
19 Revocación de la libertad condicional	Antisocial	2
20 Versatilidad criminal	Antisocial	2

Los criterios de psicopatía de la PCL-R pueden clasificarse en cuatro facetas intercorrelacionadas: Interpersonal, Afectiva, Estilo de vida y Antisocial (Hare y Neumann, 2006). Dicha estructura ha sido replicada en numerosos estudios, tanto en población adulta como en jóvenes. De acuerdo con la faceta Interpersonal (ítems 1, 2, 4 y 5), los psicópatas son explotadores, pomposos, manipuladores, superficiales, egocéntricos y dominantes. En lo afectivo (ítems 6, 7, 8 y 16), muestran emociones poco profundas y volubles, difícilmente son capaces de vincularse afectivamente de forma estable con personas, principios u objetivos, carecen de empatía y de verdaderos sentimientos de culpa y remordimiento. El estilo de vida (ítems 3, 9, 13, 14 y 15) incluye impulsividad, necesidad de nuevas sensaciones, inestabilidad y propensión a infringir las normas sociales y a no cumplir con las responsabilidades y obligaciones, tanto explícitas como implícitas. La faceta Antisocial (ítems 10, 12, 18, 19 y 20), contempla la presencia crónica de conductas antisociales y delictivas. (Tabla 1). Las dos primeras facetas se agrupan en

un factor de orden superior Interpersonal/afectivo (también denominado Factor 1) y los dos restantes en un factor de Desviación social (Factor 2).

No parece existir consenso respecto al papel de la conducta antisocial dentro del constructo. Según Hare (1991; 2003) el comportamiento antisocial formaría parte indisociable del mismo, sin embargo, autores como Cooke y Michie (2001) sostienen que debería considerarse un epifenómeno derivado del trastorno y no una parte integrante de éste.

### LA ESCALA DE EVALUACIÓN DE PSICOPATÍA DE HARE REVISADA (PCL-R).

La PCL-R es una escala de evaluación conductual basada en el juicio clínico. No existen criterios de exclusión para la aplicación de la misma. Proporciona una puntuación total y puntuaciones para cada una de las facetas y factores. Todas ellas presentan una buena estabilidad temporal y no se muestran asociadas a medidas de estado, ya que los constructos que evalúa son esencialmente rasgos y conductas habituales. Una de las mayores virtudes de dicho instrumento es que permite detectar y valorar la tendencia al engaño. A pesar de que incluye criterios diagnósticos relacionados con la actividad delictiva, no evalúa delincuencia, aunque sí es útil para predecirla.

Cada ítem se puntúa de forma independiente en una escala ordinal de tres categorías: una puntuación de cero indica que no es aplicable al individuo, de uno, que es aplicable hasta cierto punto, y de dos, que el ítem es totalmente aplicable. Para realizar dicha valoración se utiliza la información obtenida mediante una entrevista semiestructurada y datos procedentes de alguna fuente de información externa (p.e. los archivos penitenciarios). La utilización de información colateral permite contrastar los datos recabados en la entrevista y controlar la tendencia a la manipulación y a la falsedad, tan frecuente en estos individuos. Las puntuaciones pueden variar entre 0 y 40. Cuando no se dispone de información suficiente para puntuar algún ítem, se recomienda omitir la valoración del mismo y prorratear la puntuación.

Para optimizar el proceso de evaluación es recomendable revisar la información colateral antes de realizar la entrevista. En el proceso de puntuación, es necesario centrarse en cada ítem intentando evitar el efecto halo, tener en cuenta la conducta habitual e intentar detectar la presencia de posibles alteraciones psiquiátricas que pudieran alterar el estado del sujeto en el momento de la evaluación. Cuando el objetivo es realizar un diagnóstico clínico, es imprescindible tomar en consideración las dos fuentes de información. Cuando se utiliza para la investigación, la PCL-R puede valorarse a partir de la información colateral, siempre que ésta sea suficiente y creíble. Sin embargo, en ningún caso se puede utilizar si sólo se dispone de información de la entrevista.

Sus puntuaciones son dimensionales (a mayor puntuación, mayores niveles de psicopatía), pero también se puede utilizar para realizar diagnósticos categoriales. En este caso, el punto de corte más frecuente para un diagnóstico de psicopatía es una puntuación  $\geq 30$ . Una tercera posibilidad, de gran utilidad para la interpretación de los resultados, consiste en clasificar al sujeto en una de cinco categorías en función de su puntuación, tal como se detalla en la Tabla 2.

Tabla 2. Niveles y categorías para interpretar la puntuación total de la PCL-R.

Puntuación total PCL-R	Nivel	Categoría
33-40	5	Muy alta
25-32	4	Alta
17-24	3	Moderada
9-16	2	Baja
0-8	1	Muy baja

Para inferir adecuadamente los rasgos y las conductas que contempla la PCL-R, son necesarios una experiencia clínica considerable, un buen conocimiento del instrumento y un entrenamiento adecuado. La contrapartida es que goza de un gran poder predictivo, muy especialmente de conductas delictivas y antisociales. Según estudios realizados en diferentes países, entre ellos España, entre un 15 y un 25% de la población penitenciaria de sexo masculino cumple criterios para dicho trastorno (Hare, 2003; Moltó, Poy y Torrubia, 2000; Stalenheim y Von Knorring, 1996).

La PCL-R es actualmente considerada el *gold standard* para la evaluación de la psicopatía (Vitacco, Neumann y Jackson, 2005, p. 466) y es utilizada cada año en decenas de estudios de investigación en los campos de la criminología, la psicopatología y la neurobiología. Edens, Skeem, Cruise y Cauffman (2001) afirman que es el estándar a partir del cual se han derivado otros instrumentos de medida. Para Meloy (2000) es un “instrumento normativo”. Los criterios diagnósticos incluidos en la PCL-R parecen bastante independientes de la cultura, al menos, en los países occidentales, ya que existe evidencia de buena validez estructural en estudios realizados en distintos países, entre ellos España (Cooke, 1998; Moltó, Poy y Torrubia, 2000). Un instrumento de cribado derivado de la PCL-R, la *Psychopathy Checklist: Screening Version* (PCL:SV; Hart, Cox, y Hare RD, 1995), facilita la detección de posibles casos con una menor inversión de tiempo. Además, en la actualidad también es posible evaluar los rasgos precursores de la psicopatía en población adolescente mediante la *Psychopathy Checklist: Youth Version* (PCL:YV; Forth, Kosson y Hare, 2003).

A pesar de su amplia aceptación, la PCL-R también ha sido objeto de críticas. Las más

importantes inciden en la escasa utilidad del instrumento para evaluar a individuos que no han tenido problemas con la justicia (MacDonald y Iacono, 2006), en la excesiva tendencia a confundir el constructo con el instrumento que lo evalúa (Skeem y Cooke, 2010a) o en el papel preeminente que tiene la conducta delictiva en la definición del constructo (Skeem y Cooke, 2010b). Algunos autores como Patrick (2006) consideran que la PCL-R se ha alejado del constructo original de Cleckley (1976) en el que supuestamente está inspirado y para Patrick, Fowles y Krueger (2009) estaría más cercano a la conceptualización de McCord y McCord (1964) que a la de Cleckley, ya que los criterios interpersonales y afectivos de la PCL-R son mucho más representativos del fenotipo maldad que de la audacia.

### **PSICOPATÍA FRENTE A TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD (TAP).**

Los criterios diagnósticos del TAP y los de psicopatía de Hare comparten el objetivo de delimitar entidades clínicas similares. Sin embargo, se trata de dos síndromes clínicos muy distintos que en ningún caso pueden ser considerados como equivalentes. El TAP se basa esencialmente en conductas antisociales y delictivas y tiene muy poco en cuenta los síntomas interpersonales y afectivos contemplados en la PCL-R. Las características del TAP posibilitan que la entidad clínica alcance sin gran dificultad una buena fiabilidad interjueces. Sin embargo, para algunos autores, el precio de su elevada fiabilidad es una validez escasa, a causa de su tendencia a sobrediagnosticar, especialmente en población penitenciaria, ya que entre un 50 y un 75% de los internos de sexo masculino cumple los criterios diagnósticos de dicho trastorno (Widiger, Cadoret, Hare, Robins, Rutherford, Zana-rini et al., 1996). Un diagnóstico de TAP en población delictiva apenas informa de que el individuo tiene antecedentes de conducta antisocial grave, por lo que es muy poco útil para predecir el riesgo de que tal conducta pueda reproducirse en el futuro.

La relación entre los criterios de psicopatía y el TAP es asimétrica. Casi todos los psicópatas cumplen criterios de TAP, pero sólo una parte de los individuos con TAP son psicópatas. En consecuencia, los psicópatas evaluados según los criterios PCL-R podrían ser considerados como un subgrupo específico de individuos antisociales con determinadas características interpersonales y afectivas que presentan un elevado riesgo de violencia y de reincidencia delictiva.

### **PERFIL PSICOMÉTRICO DEL PSICÓPATA.**

La PCL-R muestra asociaciones positivas con puntuaciones en escalas de personalidad antisocial, extraversión, psicoticismo, impulsividad, búsqueda de sensaciones, narcisismo,

maquiavelismo, irritabilidad y agresión verbal; las correlaciones con escalas de ansiedad y neuroticismo son cercanas a cero; las correlaciones con escalas de empatía y culpa tienden a ser negativas (Hare, 2003; Moltó, Poy, Torrubia, 2010). En general, los resultados de muchos estudios indica que el Factor de desviación social presenta asociaciones positivas medias y altas con cuestionarios de personalidad, especialmente aquellos que evalúan rasgos de conducta desinhibida, mientras que la asociación del Factor 1 con escalas de personalidad suele ser claramente inferior, siendo ello indicativo de la dificultad de evaluar dichos rasgos mediante escalas autoinformadas (Hare, 2003).

La PCL-R correlaciona positivamente con puntuaciones prototípicas de trastornos de la personalidad antisocial, narcisista, límite y paranoide en población penitenciaria que no presenta patologías del Eje I y no está asociada con el resto de trastornos; la faceta afectiva no muestra asociaciones significativas con ningún trastorno de la personalidad del DSM-IV-TR (Batalla, Bosque, Bosa, Pera, Torrent y Torrubia, 2012). La mayor parte de los estudios parecen indicar que no existe relación entre psicopatía e inteligencia (Hare, 1991; Moltó, Poy y Torrubia, 2000). Cuando dicha asociación se analiza para cada factor, la correlación con el Factor 1 suele ser positiva, mientras que con el Factor 2 tiende a ser negativa.

### **CORRELATOS CRIMINOLÓGICOS DE LA PSICOPATÍA.**

Uno de los puntos fuertes de la PCL-R es que permite identificar a una buena parte de los delincuentes que muestran las conductas delictivas más graves y más variadas. Para algunos autores, mide el constructo clínico individual más importante del sistema judicial penal (Hare, 1996; Harris, Skilling y Rice, 2001). Desde la publicación de la PCL-R, se ha acumulado una gran cantidad de evidencia empírica que demuestra su utilidad para la toma de decisiones en los ámbitos judicial y penitenciario como, por ejemplo, en la asignación a determinados programas de intervención o en los procesos para la concesión de permisos. El diagnóstico de psicopatía está relacionado con la precocidad de la primera detención y del primer ingreso en prisión, con mayor tiempo de reclusión en prisión, con mayor número de delitos y con mayor número de delitos violentos, incluso después de corregir dichos índices por el tiempo que ha permanecido el individuo en libertad (Hare, 1998; Moltó, Poy y Torrubia, 2000).

El estudio de la asociación entre las puntuaciones de la PCL-R y la tipología delictiva también ha permitido destacar algunos aspectos que merecen ser comentados. Moltó, Poy y Torrubia (2010) destacan que la puntuación total en la PCL-R se asocia positivamente con el número de condenas por delitos contra la seguridad del Estado, quebrantamiento de condena, tenencia ilícita de armas, homicidio, asalto, robo y robo con intimidación, e inversamente con el número de condenas por delitos contra la libertad sexual. El

análisis por factores indica que el Factor 1 está asociado positivamente con delitos contra la seguridad del Estado, fraude, quebrantamiento de condena, homicidio y asalto, y que el Factor 2 lo está (directamente) con el quebrantamiento de condena, tenencia ilícita de armas, robo y robo con intimidación e inversamente con el número de condenas por delitos contra la libertad sexual. Dichos resultados indican que cada factor de la PCL-R se relaciona de forma distinta con los diferentes tipos de delitos.

En la actualidad, es bien conocido el valor predictivo de la psicopatía como factor de riesgo para la reincidencia en general y para la de tipo violento en particular. En un meta-análisis realizado por Hemphill, Hare y Wong (1998) se constató que en el primer año después de quedar en libertad, los psicópatas respecto a los no psicópatas, tenían una probabilidad tres veces superior de delinquir y cuatro veces superior de hacerlo de forma violenta. Resultados parecidos fueron obtenidos en Suecia por Grann, Langström, Tengström y Kullgren (1998) y en Inglaterra por Hare, Clark, Grann y Thornton (2000). En otro estudio con población psiquiátrica forense, Steadman, Silver, Monahan, Appelbaum, Robbins, Mulvey, Grisso, Roth y Banks (2000), utilizando la PCL:SV, reportaron que dicha medida fue el mejor predictor de violencia entre 134 variables de riesgo.

Las puntuaciones elevadas en psicopatía también se relacionan con la revocación o con incumplimientos de la libertad condicional. Hodgins, Côté y Ross (1992) en un seguimiento a 1 año de delincuentes a los que se les había concedido la libertad condicional, mostraron que, si bien las revocaciones eran de poco más del 10% en aquellos que puntúan bajo en la PCL-R, pasaban a ser superiores al 50% en los que tenían puntuaciones elevadas. Porter, Birt y Boer (2001) en otro estudio con metodología mixta, retrospectiva en una primera fase y prospectiva en una fase posterior, describen resultados en la misma dirección para población con edades comprendidas entre los 25 y los 49 años.

La relación del diagnóstico de psicopatía con la conducta penitenciaria puede resumirse en una frase: a mayor puntuación en la PCL-R o instrumentos derivados, mayor probabilidad de problemas de comportamiento en prisión. Cuquerella, Genís, López, Navarro, Pardo, Andión y Torrubia (2005), estudiando población penitenciaria española, encontraron una relación positiva entre las puntuaciones en la PCL:SV y el número de regresiones de grado, faltas y quebrantamientos por tiempo en prisión. Resultados parecidos fueron observados por Moltó, Poy y Torrubia (2010) utilizando la adaptación española de la PCL-R. Otro estudio en Inglaterra mostró diferencias entre altos y bajos puntuadores en el porcentaje de internos que finalizaron un curso educativo y un curso de entrenamiento vocacional, en el de internos que desempeñaron una actividad laboral en el centro penitenciario durante más de la mitad de la sentencia, en la probabilidad de mantenerse en los destinos dentro de prisión sin ser expulsado y en la probabilidad de sufrir una medida segregadora durante la estancia en el centro (Hare, Clark, Grann y Thornton, 2000).

No tenemos evidencia de estudios que hayan probado que existen tratamientos psicológicos eficaces para la psicopatía. En general, dicho diagnóstico es un indicador de mal pronóstico. Estos individuos, con frecuencia son excluidos de los programas de tratamiento por mala conducta, obtienen peores resultados y cuando los tratamientos son grupales suelen influir negativamente en las dinámicas de los grupos (Hare, 2003; Lösel, 1998). Con ello no se pretende afirmar que los rasgos, las actitudes y las conductas de los psicópatas sean inmutables, sino que, por el momento, no se han desarrollado programas que hayan demostrado ser eficaces para el tratamiento. Por el contrario, sí que se dispone de evidencia de que determinadas intervenciones no sólo no proporcionan resultados favorables, sino que incluso pueden aumentar el riesgo de reincidencia (Hare, Clark, Grann y Thornton, 2000; Rice, Harris y Cormier, 1992).

### CONDUCTA VIOLENTA Y PSICOPATÍA.

A diferencia de los criterios del TAP, la PCL-R no incluye ningún ítem relacionado con conductas violentas. Sin embargo, existe evidencia abrumadora de que los psicópatas a menudo muestran tasas muy elevadas de agresión física. Aunque la conducta violenta no es patrimonio exclusivo de dichos individuos, los rasgos psicopáticos tienen un papel importante en la decisión de actuar de forma violenta. Por otro lado, aunque la conducta violenta es más probable en las personalidades psicopáticas que en aquellas que no lo son, no todos los psicópatas presentan conductas violentas de forma recurrente.

La psicopatía no puede ser considerada un factor causal directo de la violencia. La causa directa de la conducta violenta hay que buscarla en la decisión de actuar violentamente y la psicopatía no es más que uno de los múltiples factores que influyen de forma indirecta en el proceso de toma de decisiones. Los mecanismos explicativos de la relación observada entre psicopatía y violencia son todavía desconocidos. Puede que sus peculiares esquemas cognitivos les predispongan a percibir intenciones hostiles en las acciones de los otros, impulsándoles a actuar violentamente como una forma de autoprotección; también podrá ser que dichas características cognitivas les hagan valorar los actos violentos como gratificantes. Una segunda posibilidad es que el déficit emocional generalizado propio del síndrome les impida experimentar sentimientos de culpa, empatía, miedo y otras emociones cercanas cuyo efecto es, entre otros, el de inhibir la expresión de impulsos violentos. Finalmente, pudiera ser que la mayor predisposición de los psicópatas hacia la violencia fuera consecuencia de su patrón de conducta impulsivo, resultado de determinadas características temperamentales, neuroquímicas o neuropsicológicas (Hart y Hare, 1996).

Además de cometer un mayor número de actos violentos, los psicópatas parecen tener diferentes motivaciones para la violencia. Puede que sea por dicho motivo que las carac-

terísticas conductuales de su conducta violenta también son distintas. Williamson, Hare y Wong (1987) analizaron los informes policiales de delincuentes violentos que habían sido evaluados con la PCL-R y detectaron que dos tercios de las víctimas de los psicópatas eran varones desconocidos, mientras que las víctimas de los no psicópatas eran en su mayoría mujeres, muchas de ellas familiares o compañeras. En muchos casos, la violencia de los psicópatas parecía motivada primariamente por revancha o retribución, mientras que la de los no psicópatas se habría producido en estados de *arousal* emocional extremo.

Cornell, Warren, Hawk, Stafford, Oram y Pine (1996) investigaron la relación entre psicopatía y el tipo de violencia, ya fuera ésta reactiva o instrumental. La primera, está relacionada con la dificultad para controlar los propios impulsos y generalmente se produce en situaciones de frustración, amenaza o como reacción a la provocación. La segunda es más bien un procedimiento para controlar el entorno, se inicia de manera premeditada, se dirige a un objetivo y sirve para obtener algún beneficio no relacionado intrínsecamente con la conducta agresiva. Estos autores constataron que casi todos los delincuentes violentos tenían antecedentes de violencia reactiva y que sólo una minoría de ellos había cometido violencia instrumental. Cuando se analizaron las características de este subgrupo, se pudo comprobar que tenían puntuaciones más altas en la PCL-R que los que únicamente habían cometido violencia reactiva.

Woodworth y Porter (2002) después de estudiar en un grupo de homicidas las características del acto violento que había provocado el crimen, pudieron constatar que cuando el individuo era psicópata, la mayor parte de las agresiones habían sido de tipo instrumental; sin embargo, cuando no lo era, el porcentaje de homicidios con violencia instrumental descendía hasta la mitad. Un análisis posterior de la relevancia de cada factor en dicha conducta, permitió comprobar que los aspectos interpersonales y afectivos eran los que explicaban dicha tendencia a la violencia instrumental.

En síntesis, los psicópatas no sólo cometen más actos violentos que los no psicópatas, sino que, además, parecen mostrar un tipo de violencia más instrumental o premeditada que los no psicópatas.

#### **ALGUNAS REFLEXIONES ACERCA DE LA IMPORTANCIA DEL CONSTRUCTO PSICOPATÍA EN EL ÁMBITO PENITENCIARIO.**

Tal como se ha mencionado en apartados anteriores, la psicopatía evaluada mediante la PCL-R es uno de los constructos que ha tenido una mayor trascendencia en el área de la psicología forense y penitenciaria durante las últimas décadas. Su capacidad predictiva y su inclusión en la mayor parte de instrumentos de valoración de riesgo de violencia,

hace recomendable su utilización sistemática en las evaluaciones que se realizan en los centros penitenciarios. La puntuación total y las puntuaciones en los factores y facetas pueden ser una información de gran ayuda en los procesos de toma de decisiones de los diferentes profesionales.

La puntuación total de la PCL-R proporciona información rápida y de una gran utilidad práctica. Sin embargo, el perfil de puntuaciones en los dos factores y en las cuatro facetas nos permite añadir matices de gran interés para un mejor conocimiento de los sujetos. El Factor 1 parece ser el mejor predictor del déficit afectivo de los psicópatas, sin embargo, los rasgos y conductas del Factor 2 determinan la relación de la psicopatía con los indicadores de un estilo de vida inestable, antisocial y desinhibido (aunque es necesario recordar que es el Factor 1 el que posee una mayor capacidad predictiva de reincidencia violenta y de agresión instrumental). Cuando dichas características se dan de forma simultánea en un mismo sujeto, nos hallamos ante un conjunto de rasgos que sugieren el perfil prototípico de las personalidades psicopáticas. La combinación de una baja capacidad para el procesamiento de la señales afectivas, vinculada al Factor 1, con los rasgos desinhibidos propios del Factor 2, es la que, probablemente, explica mejor la relación entre psicopatía y violencia y por qué los sujetos con dichas características muestran un comportamiento mucho más peligroso que los individuos antisociales que no poseen los rasgos interpersonales y afectivos.

Una puntuación total muy alta en la PCL-R (>32) indica que el individuo posee características propias de todas las facetas. El sujeto está próximo al prototipo. Puntuaciones totales bajas o muy bajas (por debajo de 17), generalmente corresponden a individuos poco conflictivos y que suelen adaptarse bien al contexto penitenciario. Sin embargo, existe un rango de puntuaciones totales, altas o moderadas (entre 17 y 32 aproximadamente), que pueden ser el resultado de distintas combinaciones de las facetas. Los individuos con puntuaciones dentro de este rango en los que predomina el Factor de Desviación social, comparten con los psicópatas un elevado número de conductas antisociales, mayor sensibilidad a la recompensa y rasgos de personalidad desinhibida e impulsiva, pero no suelen mostrar los aspectos afectivos e interpersonales que son propios del síndrome. En estos sujetos, las conductas agresivas tenderán a ser de tipo reactivo. En cambio, los individuos en los que predomina el Factor Interpersonal/afectivo muestran buen control de la conducta, pocos signos de conducta desinhibida e impulsiva, un perfil delictivo bajo o medio y buena capacidad para la manipulación y la mentira. Sin embargo, es preciso señalar que estos sujetos a menudo pueden presentar episodios de agresión instrumental y conductas agresivas indirectas o de tipo relacional. La combinación de puntuaciones elevadas en la faceta Afectiva con puntuaciones moderadas o altas en las facetas Estilo de vida o Antisocial sugiere un perfil antisocial acompañado de frialdad emocional, bastante similar a lo que Patrick, Fowles y Krueger (2009) definen como el fenotipo de maldad, aunque, en dicho caso, con escasa capacidad para el engaño y la

manipulación. Finalmente, la faceta Interpersonal puede proporcionar información muy útil para conocer la tendencia al engaño y la manipulación, independientemente de las puntuaciones en las otras facetas.

Es bien sabido que, en general, los rasgos psicopáticos no influyen en las tasas de participación en los programas de rehabilitación dentro de las instituciones; los individuos con dichas características no presentan diferencias respecto a los otros internos en este aspecto. Entre otras cosas, ello indica que los psicópatas no son excluidos a priori de los mismos o que quizás, gracias a sus rasgos interpersonales, consiguen que los profesionales les consideren igualmente aptos para participar en ellos. El escaso éxito de los psicópatas en los programas de intervención convencionales, junto a la constatación de que su participación en los mismos disminuye la eficacia global de los programas en los grupos de composición heterogénea, nos alertan de la necesidad de utilizar abordajes de intervención con estos individuos distintos a los que se utilizan con sujetos que no poseen dichas características.

Las mayores tasas de faltas, el mayor número de expulsiones de los destinos dentro del centro y el perfil violento caracterizado por la comisión de actos agresivos de tipo instrumental y reactivo, sugieren la necesidad de seleccionar destinos y contextos de interacción social o de intervención que dificulten la manifestación de dichas conductas.

Finalmente, uno de los mayores problemas que genera la utilización de la PCL-R en el contexto penitenciario es el riesgo de estigmatización al que están expuestos los sujetos con elevadas puntuaciones en dicha escala. En este sentido es necesario apelar a la responsabilidad de los profesionales y recordar que dicho instrumento es sólo un elemento, importante y necesario, aunque no suficiente, para una evaluación adecuada del individuo, que en ningún caso puede sustituir al juicio clínico del profesional. La utilización de la PCL-R de forma dimensional puede contribuir de forma significativa a evitar dicho peligro.

## REFERENCIAS

- Batalla, I., Bosque, J., Bosa, L., Pera, V., Torrent, A. y Torrubia, R. (2012). *Trastorno de personalidad y psicopatía en población penitenciaria sin diagnóstico en eje I*. Póster presentado en el IX Congreso Nacional sobre Trastornos de la Personalidad, Zaragoza.
- Cleckley, H. (1976). *The Mask of Sanity*. (5<sup>th</sup> Ed.). St Louis: Mosby.
- Cooke, D. J. (1998) Psychopathy across cultures. En D. J. Cooke, A. Forth, R. D. Hare (Eds.), *Psychopathy: Theory, research and implications for society* (pp. 13-45). Dordrecht: Kluwer.

- Cooke, D. J. y Michie C. (2001). Refining the construct of psychopathy: Towards a hierarchical model. *Psychol Assess*, 13, 171-88.
- Cornell, D., Warren, J., Hawk, G., Stafford, E., Oram, G. y Pine, D. (1996). Psychopathy in instrumental and reactive violent offenders. *J Consult Clin Psychol*, 64, 783-90.
- Cuquerella, A., Genís, F., López, M., Navarro, J. C., Pardo, Y., Andión, O. y Torrubia, R. (2005). *Reliability and validity of the Hare Psychopathy Checklist: Screening Version in a Spanish prison sample*. Póster presentado en la Biannual Conference of the Society for the Scientific Study of Psychopathy, Vancouver.
- Edens, J. F., Skeem, J. L., Cruise, K. R. y Cauffman, E. (2001). Assessment of “Juvenile psychopathy” and its association with violence: A critical review. *Behav Sci Law*, 19, 53-80.
- Farrington, D. P., Ohlin, L. E. y Wilson, J. Q. (1986). *Understanding and controlling crime: Toward a new research strategy*. Nueva York: Springer-Verlag.
- Forth A.E., Kosson, D. y Hare, R.D. (2003). *Hare Psychopathy Checklist: Youth Version (PCL:YV)*. Toronto: Multi-Health Systems.
- Grann, M., Langstrom, N., Tengstrom, A. y Kullgren, G. (1999). Psychopathy (PCL-R) predicts violent recidivism among criminal offenders with personality disorders in Sweden. *Law Human Behav*, 23, 205-17.
- Hare R. D. (1980). A research scale for the assessment of psychopathy in criminal populations. *Pers Individ Dif*, 1, 111-9.20.
- Hare R. D. (1991). *Hare Psychopathy Checklist-Revised Manual*. Toronto: Multi-Health Systems.
- Hare R. D. (1996). Psychopathy: A clinical construct whose time has come. *Crim Justice Behav*, 23, 25-54.
- Hare, R. D. (1998). Psychopaths and their nature: Implications for the mental health and criminal justice system. En T. Millon, E. Simonsen, M. Birket-Smith y R. Davis (Eds.), *Psychopathy: Antisocial, Criminal and Violent Behavior* (pp. 188-212). New York: Guilford Press.
- Hare, R. D. (2003). *The Hare Psychopathy Checklist-Revised Manual*. 2<sup>nd</sup> Ed. Toronto: Multi-Health Systems.
- Hare, R. D. (2010). *Escala de Evaluación de Psicopatía de Hare Revisada (PCL-R)*. Madrid: TEA.
- Hare, R. D., Clark, D., Grann, M. y Thronton, D. (2000). Psychopathy and the predictive validity of the PCL-R: An international perspective. *Behav Sci Law*, 18, 623-45.
- Hare, R. D. y Neumann, C. (2006). The PCL-R assessment of psychopathy. Development, structural properties and new directions. En C. Patrick (Ed.), *Handbook of psychopathy* (pp. 58-88). New York: Guilford.
- Harris, G. T., Skilling, T. A. y Rice, M. E. (2001). The construct of psychopathy. En: M. Tonry y N. Morris (Eds.), *Crime and Justice: An Annual Review of Research* (pp 197-264). Chicago: University of Chicago Press.



- Hart, S. D., Cox, D. N. y Hare, R. D. (1995). *Manual for the Psychopathy Checklist: Screening Version (PCL:SV)*. Toronto: Multi-Health Systems.
- Hart, S. y Hare R. D. (1996). Psychopathy and risk assessment. *Curr Opin Psychiatry*, 9, 380-3.
- Hemphill, J., Hare, R. D. y Wong, S. (1998). Psychopathy and recidivism: A review. *Legal Criminol Psychol*, 3, 141-72.
- Hodgins, S., Côté, G. y Ross, D. (1992). Predictive validity of the French version of Hare's Psychopathy Checklist. *Can Psychol*, 33, 301.
- Lösel, F. (1998). Treatment and management of psychopaths. En D. J. Cooke, A. Forth y R. D. Hare (Eds.), *Psychopathy: Theory, research and implications for society* (pp. 303-54). Dordrecht: Kluwer.
- MacDonald, A., y Iacono, W. (2006). Toward an integrated perspective on the etiology of psychopathy. En C. Patrick (Ed.), *Handbook of psychopathy* (pp. 375-385). New York: Guilford Press.
- McCord, W., y McCord, J., (1964). *The psychopath: An essay on the criminal mind*. Princenton: Van Nostrand.
- Meloy, J. R. (2000). Violence risk and threat assessment. San Diego: Specialized Trainig Services.
- Millon, T., Simonsen, E. y Birket-Smith, M. (1998). Historical conceptions of psychopathy in the United States and Europe. En T. Millon, E. Simonsen, M. Birket-Smith y R. Davis (Eds.), *Psychopathy: Antisocial, criminal and violent behavior* (pp. 3-31). New York: Guilford.
- Moltó, J., Poy, R. y Torrubia, R. (2000). Standardization of the Hare Psychoapthy Checklist-Revised in a Spanish prison sample. *J Personal Disord*, 14, 84-96.
- Moltó, J., Poy, R. y Torrubia, R. (2010). Adaptación española del PCL-R: análisis psicométricos en muestras penitenciarias. En R. D. Hare, *Escala de Evaluación de Psicopatía de Hare Revisada (PCL-R)*. Madrid: TEA.
- Patrick, C. J. (2006). Back to the future: Cleckley as a guide to the next generation of psychopathy research. En C. Patrick (Ed.), *Handbook of psychopathy* (pp. 605-617). New York: Guilford Press
- Patrick, C. J., Fowles, D. C. y Krueger, R. F. (2009). Triarchic conceptualization of psychopathy: Developmental origins of disinhibition, boldness, and meanness. *Dev Psychopath*, 21, 913-38.
- Pinel, P. (1809). *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*. 2<sup>nd</sup> Ed. Paris: Brosson.
- Porter, S., Birt, A. R. y Boer, D. P. (2001). Investigation of the criminal and conditional release profiles of Canadian federal offenders as a function of psychopathy and age. *Law Human Behav*, 25, 647-61.
- Rice, M. E., Harris, G. y Cormier, C. A. (1992). An evaluation of a maximum security therapeutic community for psychopaths and other mentally disordered offenders. *Law Human Behav*, 16, 399-412.

- Skeem, J. I. y Cooke, D. J. (2010a). One measure does not a construct make: Directions toward reinvigorating psychopathy research-reply to Hare and Newman. *Psychol Assess*, 22, 455-9.
- Skeem, J. I. y Cooke, D. J. (2010b). Is criminal behavior a central component of psychopathy. Conceptual directions for resolving the debate, *Psychol Assess*, 22, 433-45.
- Stalenheim, E. G. y Von Knorring, L. (1996). Psychopathy and Axis I and Axis II psychiatric disorders in a forensic psychiatric population in Sweden. *Acta Psychiatr Scand*, 94, 217-35.
- Steadman, H. J., Silver, E., Monahan, J., Appelbaum, P. S., Robbins, P.C., Mulvey, E. P., Grisso, T., Roth, L. H. y Banks, S. (2000). A classification tree approach to the development of actuarial violence risk assessment tools. *Law Human Behav*, 24, 83-100.
- Vitacco, M. J., Neumann, C. S., y Jackson, R. L. (2005). Testing a four-factor model of psychopathy and its association with ethnicity, gender, intelligence, and violence. *J Consult Clin Psychol*, 73, 466-476.
- Widiger, T.A., Cadoret, R., Hare, R. D., Robins, L., Rutherford, M., Zanarini, M., et al. (1996). DSM-IV Antisocial Personality Disorder Field Trial. *J Abnorm Psychol*, 105, 3-16.
- Williamson, S.E., Hare, R. D. y Wong, S. (1987). Violence: criminal psychopaths and their victims. *Can J Behav Sci*, 19, 454-62
- Woodworth, M. y Porter, S. (2002). In cold blood: Characteristics of criminal homicides as a function of psychopathy. *J Abnorm Psychol*, 111, 436-45.

## LA EVALUACIÓN Y EL DISEÑO DE PROGRAMAS DE TRATAMIENTO BASADOS EN LA EVIDENCIA

**Juan Antonio Moriana Elvira**

Departamento de Psicología. Universidad de Córdoba

La psicología basada en la evidencia asume el método científico de otras disciplinas que han sido capaces de demostrar empíricamente sus presupuestos y donde el control experimental facilita la aplicación del método científico, sin incluir las enormes fuentes de variabilidad que implica trabajar con personas y con su comportamiento.

La psicología es casi con toda seguridad la ciencia menos científica de todas las ciencias. Esta afirmación se ve respaldada rápidamente si echamos un vistazo a las evidencias y controles experimentales a los que podemos observar se someten ciencias como la biología, la química o la física. Sin embargo, la psicología científica suele encontrar numerosas dificultades para acercarse al cumplimiento de estos presupuestos, aunque intente solventarlos a toda costa. Y esto a pesar de la realidad de los contextos profesionales de la psicología aplicada (clínica, intervención social...), en los que se pierden o diluyen gran parte de estos criterios científicos y donde aspectos subjetivos, modelos teóricos, variables contextuales y personales añaden toda la variabilidad y falta de control propio del método científico.

El movimiento basado en la evidencia que hereda la psicología ha sido adaptado de la ciencia médica hace poco más de 15 años. Sin embargo, los primeros antecedentes del movimiento los encontramos en 1747 cuando James Lind realizó un simple ensayo clínico para intentar curar el escorbuto. Por aquella época (y ya desde tiempos de Cristóbal Colón) los médicos de la marina habían observado que durante los largos viajes por barco, los marineros enfermaban con un cuadro de inflamación de las encías, caída de los dientes, hemorragias y posterior muerte. Los historiadores han cifrado que en aquella época la Armada Real podría haber llegado a perder hasta un 40% de los marineros en los grandes viajes (paradójicamente más que las muertes producidas por heridas de guerra).

Lind teorizaba sobre la etiología de este cuadro clínico y sospechaba su relación con la dieta de los marineros. Un día escogió a doce enfermos de su tripulación con los mismos

síntomas del escorbuto y los asignó de forma aleatoria a distintas dietas, de forma independiente, y al cabo de unas semanas pudo comprobar que uno de los grupos cuya dieta se fundamentaba en una ración diaria de naranjas y limones se recuperó por completo (actualmente se sabe que el escorbuto, una enfermedad prácticamente erradicada en países desarrollados se debe a la carencia de vitamina C).

Los resultados se generalizaron al resto de enfermos y la Armada Real ya no tuvo más muertes por escorbuto, de hecho parece que gran parte de la victoriosa historia de su ejército (Trafalgar...) se debió a que otros ejércitos, como el español y el francés, estaban diezmados a causa del escorbuto.

Las ironías de la vida fueron que a pesar de ser uno de los primeros ensayos clínicos basados en la evidencia y de la importancia que supuso en cuanto al número de vidas salvadas (y al parecer batallas ganadas), el ejército no asumió este descubrimiento hasta cuarenta años después ya que sus honorables médicos desconfiaron de los resultados de Lind que no era más que una ayudante de cirujano con formación en ciencias físicas (Matthews, 2007).

Pero no fue hasta la descripción en 1925 de las pruebas de significación estadística realizadas por el matemático británico Ronald Fisher cuando se dotó de un método convincente para analizar las diferencias entre los efectos de distintos tratamientos (y/o grupos controles) en pacientes.

En la década de los ochenta la proliferación de ensayos clínicos aleatorizados y del metanálisis (que permitían unir los resultados de varios estudios sobre un mismo tratamiento a pesar de utilizar pocos sujetos) llevó a la Universidad de Oxford a crear una organización (*Cochrane Colaboration*) dedicada a revisar, resumir y difundir todos los estudios que cumplieran los requisitos para estar encuadrados dentro de la demostración empírica bajo presupuestos científicos basados en la evidencia. Posteriormente en el Reino Unido se crea el *National Institute for Clinical Excellence* (NICE), como un organismo autónomo, cuyo objetivo principal era garantizar que el Servicio Nacional de Salud utilizara tratamientos apoyados por las mejores pruebas empíricas disponibles. De esta forma, actualmente la medicina adopta la aplicación de tratamientos basados en la evidencia con el objetivo de asegurar el máximo de beneficio a la hora de seleccionar los mejores tratamientos para sus usuarios (Matthews, 2007). Más tarde la *American Psychological Association* (APA) y poco a poco otras instituciones tanto públicas como privadas (entre ellas también la NICE) se irán preocupando de pulir e incorporar sistemas de diseño y evaluación de tratamientos basados en la evidencia.

Con estos antecedentes no es de extrañar que la psicología como disciplina científica, que frecuentemente trabaja con tratamientos (e intervenciones con cariz psicosocial) y

con personas, haya pretendido adoptar (y adaptar), gran parte de los presupuestos para hacer de ella una ciencia basada en la evidencia.

## LA PSICOLOGÍA COMO UNA CIENCIA APLICADA A LA SOLUCIÓN DE PROBLEMAS EN DIFERENTES ÁMBITOS.

Imagine a un psicólogo trabajando con personas en cualquier ámbito aplicado. En el ámbito educativo (con alumnos con necesidades educativas especiales, problemas de aprendizaje), en el clínico (trabajando con personas con depresión, trastornos de ansiedad...), en el penitenciario, en situaciones de crisis o emergencias, en contextos sociales marginados, con mujeres maltratadas, con inmigrantes excluidos socialmente, con mayores en situaciones de dependencia...

En la mayoría de las ocasiones en las Facultades de Psicología no se enseña a intervenir de forma específica en gran parte de las situaciones a las que se va a enfrentar el psicólogo, posteriormente, durante el desempeño de la profesión. Esto implica que de manera continua el profesional debe ir adaptando su comportamiento y aprendizaje a situaciones nuevas (muchas de ellas para las que no ha recibido entrenamiento o formación específica) y problemas incipientes. Pero, ante una misma situación (clínica, social, educativa), ¿actuarían de igual forma dos psicólogos distintos? Probablemente usted pensaría que no necesariamente. Existen estilos personales, diferentes modelos de psicología e incluso múltiples tipos de técnicas que podrían ser aplicadas a una misma situación (pero, ¿siendo igual de eficaces?).

En el caso anterior también sería interesante preguntarse si se tratara de un problema (da igual su ámbito o magnitud) ¿cuál de los dos psicólogos será capaz de resolver el problema?

El resultado podría resumirse en varias posibilidades:

- Que lo solucionen los dos.
- Que uno si lo solucione y el otro no.
- Que no lo solucione ninguno.

Si hubiera sido la primera opción (lo solucionan los dos) podríamos preguntarnos ¿quién ha dejado al usuario más satisfecho? O ¿quién ha tardado menos tiempo en solucionarlo? O ¿quién lo soluciona de forma más eficiente (obtienen mejores beneficios con menores costes)?

Si hubiese sido la segunda opción (uno soluciona el otro no), nos podríamos preguntar ¿han elegido los dos psicólogos la misma opción para resolver el problema de esa perso-

na? Si los dos hubieran elegido la misma opción probablemente el hecho pudiera quedar explicado por diferencias individuales del psicólogo y por diferencias en la interacción con el usuario. En el caso de que hubieran elegido dos opciones diferentes, está claro, uno ha elegido la opción adecuada y el segundo aparentemente no (¿por qué no habrá elegido la opción adecuada?).

Finalmente, si no lo solucionara ninguno de los dos, sería una opción preocupante ¿no tiene la psicología procedimientos para ayudar a esa persona en ese problema concreto? Probablemente podría haber muchas más opciones, por esa razón, sería de gran utilidad para los profesionales contar con un listado o recopilatorio de problemas junto a sus correspondientes propuestas de técnicas y programas de intervención que, obviamente, hubieran demostrado su utilidad para esa situación.

En esta línea, una de las preguntas más interesantes que cualquier psicólogo puede hacerse antes de comenzar una intervención con un individuo o grupo sería: el tipo de intervención que voy a elegir desarrollar, en este momento, según la evaluación del problema (persona, situación, etc.) y los conocimientos científicos actuales. ¿Sería la misma que elegiría cualquier otro psicólogo si estuviera en esta misma situación? ¿Está contrastada empíricamente con datos basados en la evidencia?

Pero una decisión del calibre que puede representar elegir entre una intervención u otra ¿qué implica? Elegir la que tú crees que va a ser mejor para ese individuo, la que es mejor para ti (conoces mejor unas técnicas que otras o te sientes más cómodo trabajando de una forma que de otra), consultar textos científicos para conocer cuál puede ser la mejor elección para cada caso, preguntar a un compañero, elegir según un modelo teórico de la psicología... quizás la opción mayoritaria sería pensar en alguna intervención que conocieras, que hubiera demostrado su eficacia en una situación similar y que pudiese ser beneficiosa para ese caso en concreto.

Si esto lo extrapolamos a servicios o administraciones implicaría que un mismo problema puede ser atendido de manera diferente en un mismo lugar. Esto, desde nuestro punto de vista no sería ningún problema si en ambos casos fuera tratado de manera eficaz con parecidos resultados y en un tiempo y con unos costes también similares (o aproximados). Pero que ocurrirá si esto no es así.

Si miramos por comparativa al ámbito biomédico, cuando una persona tiene una enfermedad, ésta puede ser tratada con distintos fármacos. En ocasiones, a un mismo problema distintos médicos podrían recetar fármacos diferentes (ambos fármacos deben de haber demostrado su eficacia contra esa enfermedad) y probablemente uno de ellos sea mejor que el otro y cure antes la enfermedad o le venga mejor a un paciente, por sus características personales, que a otro.

Independientemente de esta situación, también tendríamos claro qué fármacos no deberían de usarse en esas enfermedades bajo ningún concepto (están contraindicados) al igual que en otras situaciones solo habrá un fármaco o una intervención (quirúrgica, etc.) de elección y recomendable para esa enfermedad en concreto. Por esta razón, es habitual en el ámbito médico la existencia de protocolos y procesos que proporcionen las instrucciones de todos los pasos e intervenciones que deberían desarrollar los sanitarios, en un conjunto amplio de situaciones.

Sin embargo, otra vez de vuelta a la psicología es difícil establecer generalidades en la intervención aplicada cuando hablamos de una variabilidad enorme de características de los propios psicólogos entre sí (no solo características personales sino también de formación, experiencia, modelos, etc.) y obviamente, de las personas a las que atienden y de los contextos sociales y culturales en los que realizan su labor profesional. No obstante, la psicología como ciencia ha demostrado en muchas ocasiones que problemas tratados de una determinada manera pueden ser efectivos en diferentes contextos, en lo que se conoce como un proceso de generalización. Esto implica que lo que para un problema resulta una intervención efectiva tiene más probabilidades de ser también adecuada ante problemas similares (equiparables, de iguales características básicas, etc.), independientemente, del contexto social, o con pequeñas adaptaciones que corrijan las posibles variaciones que suponga un cambio de contextual.

Un primer acercamiento a este tipo de planteamientos surge en 1993, cuando el gobierno de Estados Unidos encomienda a la APA evaluar y determinar la eficacia de los tratamientos psicológicos para diferentes tipos de trastornos psicológicos, y proponer herramientas para el diseño y la evaluación de guías de tratamiento para maximizar cualquier atención clínica determinada. La División 12 de la APA (*Clinical Psychology*) crea la Comisión sobre la Promoción y Difusión de Procedimientos Psicológicos (*Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures*), a la que pertenecieron profesionales de los seguros sanitarios privados, del sistema sanitario público, investigadores y usuarios, y que publicaron varios informes en los que proporcionan listados de tratamientos con base empírica considerados a partir de criterios que incluían la evaluación de ensayos clínicos aleatorizados utilizando grupos control (*Randomized Controller Trials-RCT*), dentro de poblaciones específicas que eran atendidas siguiendo las directrices de tratamientos manualizados (APA, 2006). Se comenzaron a desarrollar criterios para delimitar claramente los Tratamientos con Apoyo Empírico (TAE) (*Empirically Supported Treatments-EST*) para recomendarlos para la utilización clínica (Mustata, 2004) y para que los seguros sanitarios los incorporaran a los listados de tratamientos que ofrecían a sus usuarios.

Este tipo de abordaje partió del planteamiento del sistema de salud norteamericano y de

la cultura de los seguros sanitarios privados que intentaban generar listados de tratamientos eficaces asociados a trastornos mentales concretos. El objetivo que se perseguía desde las compañías de seguros era financiar solo aquellas intervenciones que hubieran demostrado ser efectivas y eficientes (Barlow, 1996; Shapiro, 1996), con un marcado carácter y consideración del equilibrio coste-beneficio.

Este enfoque claramente economicista (Labrador, Echeburúa y Becoña, 2000) no solo iba a ir dirigido a señalar que una intervención psicológica era eficaz para un determinado problema sino que podría ser mejor que otras alternativas y en mejores condiciones.

Según estos autores parece evidente que si se han inventariado más de 250 terapias psicológicas diferentes (Herink, 1980) y más de 400 variantes de éstas (Kazdin, 1986) plantearse que todas ellas son eficaces es una utopía, por lo que deberían preocuparse más en demostrar desde una perspectiva científica cuales son realmente efectivas, cuales son las más eficaces, breves, baratas, etc.

Pero, si bien, estos planteamientos son, hoy por hoy, una de las aproximaciones más importantes y relevantes de la psicología es importante señalar que se están realizando de forma prioritaria, y en algunos países de forma casi exclusiva, desde la psicología clínica y van dirigidas al abordaje de trastornos mentales. Sin embargo, gran parte de los problemas que tratan los psicólogos (o la mayoría de estos) no suelen ser trastornos mentales sino, sencillamente, problemas, con una fuerte connotación psicosocial (relaciones interpersonales, familiares, problemas adaptativos, contextos comunitarios, etc.), siendo la mayoría de ellas personas sanas (con problemas).

Y en este sentido, ¿qué nos proporciona la psicología para este tipo de problemas? Tenemos tratamientos psicológicos eficaces para la depresión, para la ansiedad, etc. Pero, ¿qué ocurre para todos esos problemas que no suelen estar en las clasificaciones internacionales catalogados como trastornos mentales?

La realidad de la atención psicológica en España y en otros muchos países señala que la mayoría de los psicólogos que trabajan intentando ayudar a personas (independientemente del ámbito), no utilizan de forma sistemática un modelo o técnica predeterminada sino que adaptan de forma muy particular sus conocimientos (muchas veces profundamente influidos por su pertenencia a un modelo teórico de la psicología ya predeterminado, y que incluso, en ocasiones, solo representa una forma de explicar o analizar el comportamiento humano y que ni si quiera lleva consigo un paquete o técnicas de intervención). Estas actuaciones suelen ser generalmente breves (a excepción del sector privado), utilizan técnicas de diferentes modelos y en muchas ocasiones terminan con la derivación a otros especialistas o servicios especializados en lo que serían intervenciones de asesoramiento, orientación, consejo, etc.

Para la clasificación de la evidencia conseguida para su comprobación se suelen utilizar los criterios de Chambless (1998):

#### *Criterios para "Tratamientos bien establecidos"*

- I. Al menos dos buenos diseños experimentales entregrupos que demuestren su eficacia en una o más de las siguientes direcciones:
  - a. Sus resultados son superiores a un grupo que utilice fármacos placebo, a un grupo placebo psicológico (o grupos *be-friendly*) o a otro grupo experimental (con otro tratamiento alternativo).
  - b. Equivalente a un tratamiento ya establecido en experimentos con suficiente poder estadístico ( $N \geq 30$ ; Kazdin & Bass, 1989).
- II. Si no se cumple el punto I puede valer una larga serie de diseños experimentales de caso único ( $N \geq 9$ ) que demuestren su eficacia. Estos experimentos deben haber:
  - a. Usado diseños experimentales adecuados.
  - b. La intervención comparada con otro tratamiento como en el punto I.a.

Criterios adicionales o complementarios para I y II:

- III. Los experimentos deben ser desarrollados utilizando tratamientos manualizados.
- IV. Las características de las muestras de participantes deben ser claramente especificadas.
- V. Los efectos deben de haber sido demostrados por al menos dos investigadores o equipos de investigación independiente.

#### *Criterios para "Tratamientos Probablemente Eficaces"*

- I. Dos experimentos que muestren que el tratamiento es (estadísticamente significativo) superior a grupo control (lista de espera). No se requieren el uso obligado de manuales, especificación de la muestra ni la participación de investigadores independientes.
- II. O bien un diseño experimental entregrupos con clara especificación de las características del grupo, uso de manual/es y demostración de su eficacia por cualquiera de las siguientes dos posibilidades:
  - a. Sus resultados son superiores a un grupo que utilice fármacos placebo, a un grupo placebo psicológico (o grupos *be-friendly*) o a otro grupo experimental (con otro tratamiento alternativo).

- b. Equivalente a un tratamiento ya establecido en experimentos con suficiente poder estadístico ( $N \geq 30$ ; Kazdin & Bass, 1989).

III. O bien una pequeña serie de experimentos utilizando diseños de caso único ( $N \geq 3$ ) con clara especificación de las características del grupo, uso de manual/s, diseño experimental adecuado y comparación de la intervención con grupos placebos (farmacológicos o psicológicos) u otros tratamientos.

La APA, además de estos criterios, ha propuesto una herramienta para poder realizar un proceso de evaluación estandarizado de las guías de tratamiento que sirva de orientación para grupos de investigación y/o profesionales del ámbito público y privado que quieran trabajar en la generación de guías. Este es el caso del *Treatment Guideline Checklist-TGC* (APA, 2002) que recoge algunas de las principales características que son deseables en una guía de tratamiento para que pueda considerarse bien diseñada y redactada y sometida con suficiencia a las condiciones científicas de validación de tratamientos.

Otros autores han abundado o complementado los requisitos que deberían tener las investigaciones sobre la eficacia de las intervenciones en la misma dirección de la propuesta inicial de la APA, como podemos observar en los siguientes criterios (modificados y adaptados de la propuesta de Seligman (1995) y Labrador, Echeburúa y Becona (2000)).

1. Asignación aleatoria de sujetos a las condiciones experimentales y de control. Mínimo 30 participantes por cada modalidad. Los grupos de control pueden ser listas de espera, intervenciones convencionales y/o grupos *be-friendly*.
2. Evaluación detallada con arreglo a criterios diagnósticos operativos. Pueden utilizarse para trastornos mentales los criterios DSM-IV-TR o CIE-10 y para problemas psicosociales los "códigos Z", Eje IV de problemas psicosociales y ambientales (listados en los que aparecen prácticamente todas las situaciones y problemáticas sociales y personales a las que un individuo se puede enfrentar a lo largo de su vida; p.e. problemas relativos al grupo primario de apoyo (duelo, problemas paterno-filiales, divorcios, abusos, etc.), problemas relativos al ambiente social (vivir solo, estar jubilado, etc.), problemas relativos a la enseñanza (analfabetismo, absentismo escolar), problemas laborales (desempleo, trabajos temporales o estacionales), problemas de vivienda y comunidades, problemas económicos, problemas de acceso a los servicios, otros. Además es necesario y recomendable la utilización de otras medidas de evaluación múltiple (autoinformes, test, etc.).
3. Evaluadores "ciegos" respecto a la asignación de intervenciones a grupos de sujetos.
4. Exclusión o control de personas con múltiples problemas y/o trastornos mentales.
5. Intervenciones y Tratamientos claramente descritos y protocolizados.

6. Fijación de un número determinado (pero flexible, de intervalo) de sesiones, consultas o intervenciones.
7. Evaluación de la intervención, seguimiento de usuarios y preferiblemente evaluación pre-post.

En esta misma dirección y siguiendo las definiciones de Turner, Beidel, Spaulding y Brown (1995) podemos hablar de intervenciones y/o tratamientos:

**Eficaces:** Si realmente han obtenido resultados positivos para los usuarios, en investigaciones controladas, siguiendo los presupuestos señalados anteriormente.

**Efectivos:** Útiles en la práctica clínica o intervención social habitual.

**Eficientes:** Aquellas que obtengan mayores beneficios y menores costes que otras alternativas al problema.

La incorporación del psicólogo como perfil profesional en instituciones penitenciarias abrió una serie de competencias profesionales que según la interpretación del sistema penitenciario de cada país podían ir desde la evaluación al tratamiento de patología mentales a intervenciones de cariz psicosocial para ser implementadas desde equipos multidisciplinarios y dirigidas a objetivos globales relacionados con la reinserción social, laboral, aspectos educativos, psicológicos, etc.

En la actualidad, en buena parte de países desarrollados, tanto dentro como fuera del contexto penitenciario, se están desarrollando procedimientos, guías y protocolos estandarizados para gran parte de intervenciones psicológicas con el objetivo de proporcionar a los profesionales técnicas de intervención efectivas adaptadas a su población diana. En un primer momento, tuvo un desarrollo amplio en la psicología norteamericana, sobre todo en el ámbito de la psicología clínica, expandiéndose posteriormente al ámbito educativo y finalmente a contextos sociales y comunitarios. La filosofía que impregnaba este cambio de concepción se fundamentaba en varias premisas:

1. Necesidad de trabajar con procedimientos y recursos técnicos tipificados, manualizados en forma de guías y protocolos que cualquier profesional pudiera utilizar con pequeñas adaptaciones.
2. Someter a prueba dichos procedimientos, esto es, comprobar de forma empírica, bajo el auspicio del método científico si funcionaban y eran eficaces o no.
3. Adaptar dichos procedimientos a distintos ámbitos, poblaciones y servicios. Esto implicaba realizar todo tipo de adaptaciones (a objetivos, a presión asistencial, a población diana, etc.). Por ejemplo, si pretendemos que un grupo de personas mayores permanezca el mayor tiempo posible en su domicilio (de forma más o

menos autónoma) y evitar su institucionalización prematura en recursos residenciales podemos adaptar las intervenciones y dirigirlas a ese objetivo, protocolizarlas, demostrar su eficacia comparando su permanencia con un grupo control y finalmente si el resultado es positivo dar a conocer dicha guía o protocolo.

Quizás una serie de limitaciones que puedan afectar a la aplicación de procedimientos basados en la evidencia en el entorno penitenciario sean:

1. Grado de motivación de los internos, diferencias individuales y diversidad de características sociales, étnicas, etc.
2. Dificultades para aleatorizar participantes a grupos, crear grupos controles, de lista de espera, etc.
3. Diversidad de objetivos de tratamiento, muchos de ellos que deben implementarse cuando el interno ya ha salido de la institución.
4. Dificultades o imposibilidad para realizar seguimientos de las personas una vez cumplidas las penas.

Pero también existen ventajas:

1. Realizar las intervenciones en entornos controlados en donde las personas se encuentran internas, es una garantía para el control experimental y facilitar una cierta homogeneización de las intervenciones.
2. Posibilidad de realizar estudios multicéntricos que facilitan comparar grupos de usuarios y realizar pilotajes en donde comparar incluso intervenciones diferentes realizadas en los mismos o diferentes centros.
3. Aunque existe dispersión de centros y de técnicos parece razonable pensar, por su número, que existe suficiente accesibilidad como para poder monitorizar resultados de forma global.

En el contexto penitenciario quizás una síntesis de cuestiones íntimamente relacionadas con este ámbito haría referencia a:

1. La necesidad de seguir trabajando en la manualización de guías de intervención y en su aplicación. Para dicha manualización sería recomendable la utilización de estándares internacionales y la formación de técnicos en investigación y metodología científica.
2. Monitorizar, evaluar, registrar y hacer un seguimiento de casos desde un punto de vista multicéntrico sometiendo a validación los resultados obtenidos desde distintas variables (en términos de síntomas, reincidencia, reinserción, calidad de vida...).
3. Creación de grupos de trabajo, por especialidades que estén al día de alternativas realizadas en otros países y que puedan estudiar posibilidades de adaptación o modificación de guías a nuestro contexto.
4. Publicación o reporte de resultados a la comunidad científica y profesional. Se puede estar trabajando muy bien pero si los resultados no se comunican, escriben y difunden no tendrán la repercusión que seguro merecen.

## LOS ENLACES CONSULTADOS EN LA PRESENTACIÓN FUERON:

- APA-American Psychological Association-División 12 (listados de tratamientos eficaces por trastornos) (en inglés)  
<http://www.div12.org/PsychologicalTreatments/disorders.html>
- NICE-National Institute for Clinical Excellence (guías de tratamiento y evidencia) (en inglés)  
<http://www.nice.org.uk/>
- COCHRANE (revisiones sistemáticas) (en inglés)  
<http://www.cochrane.org>
- Guías de Tratamiento de referencia rápida (en español)  
<http://www.ucm.es/info/psclinic/guiarefrat/index.php>

## **REFLEXIONES EN TORNO AL SISTEMA DE PENAS Y MEDIDAS ALTERNATIVAS**

### **Trabajos en beneficio de la comunidad y violencia de género. Libertad vigilada postpenitenciaria.**

**M<sup>a</sup> Gracia Ruperez Paracuellos.**

Magistrada-Juez de Vigilancia Penitenciaria n<sup>o</sup> 6 de la Comunidad de Madrid

#### **INTRODUCCIÓN.**

Considero preciso, antes de abordar el examen de las cuestiones que son objeto del presente trabajo, hacer referencia a los motivos que me han llevado al análisis de las mismas.

A tales efectos, ha de indicarse, que la reforma operada en el C. Penal por la LO 5/2010 de 22 de Junio, ha incidido de manera muy relevante en el sistema de penas y medidas de seguridad, hasta el punto incluso, tal y como señala la Exposición de motivos del RD 840/2011 de 17 de Junio, de hacer necesario un nuevo marco reglamentario regulador de las circunstancias de ejecución de las penas de trabajos en beneficio de la comunidad, de la localización permanente, así como de determinadas medidas de seguridad y de la suspensión y sustitución de la ejecución de las penas privativas de la libertad.

Pues bien, entre las reformas llevadas a cabo, y que se plasman en las normas mencionadas, considero de especial interés las que afectan a la pena de trabajos en beneficio de la comunidad y a las medidas de seguridad, destacando entre estas últimas la introducción de la libertad vigilada.

Respecto de los trabajos en beneficio de la comunidad, por el nuevo enfoque introducido en su forma de ejecución, con repercusión en la labor de los Servicios de Gestión de Penas y Medidas Alternativas (en adelante, SGPYMA) y del juez de vigilancia penitenciaria, así como en el concreto contenido del trabajo o actividad a realizar por el penado.

En cuanto a las medidas de seguridad, por cuánto se ha modificado el catálogo de las mismas, dando entrada a figuras novedosas como la libertad vigilada, al tiempo que se han introducido cambios respecto de la intervención del juez de vigilancia penitenciaria, restringiendo además el papel de la Administración Penitenciaria en lo que respecta a su



ejecución, y ello sin olvidar que se han abierto paso otras formas de cumplimiento de penas ya existentes, como es el caso de la localización permanente en centro penitenciario, de indudable interés, aún cuando en el momento actual presente una escasa incidencia, acaso motivada por las dificultades que inciden en los mecanismos de comprobación de la reiteración de perpetración de faltas de hurto, presupuesto básico de su imposición, así como por el perfil del eventual condenado a esta forma de cumplimiento, con frecuencia indocumentado, en situación irregular, sin domicilio fijo e integrado en bandas u organizaciones especializadas, lo que no parece encontrar encaje con la voluntaria y sucesiva presentación en el establecimiento penitenciario para cumplir la pena impuesta.

### **TRABAJOS EN BENEFICIO DE LA COMUNIDAD Y VIOLENCIA DE GÉNERO.**

La cuestión que hoy quiero abordar encuentra su punto de partida en la L.O 15/2003 de 25 de Noviembre de reforma del Código Penal. La nueva regulación que tal normativa introdujo en la pena de trabajos en beneficio de la comunidad, y que trajo consigo entre otras novedades, la asunción por el juez de vigilancia penitenciaria del control de su ejecución, supuso la potenciación y mayor operatividad de los trabajos en beneficio de la comunidad, que pasaron de ser exclusivamente pena sustitutiva a ocupar también el papel de pena principal/alternativa (en cuánto supeditada en su imposición a la voluntad del penado), y ello en clara apuesta por los fines de reeducación y reinserción social.

En efecto, el carácter rehabilitador de la pena de trabajos en beneficio de la comunidad se observa claramente en el precepto que la regula (art. 49 del Código Penal), cuándo dispone que la actividad que realice el penado ha de estar relacionada con delitos de naturaleza similar al cometido y consistir en labores de reparación de los daños causados o de apoyo y asistencia a las víctimas (no del propio delito sino de delitos análogos), lo que evidencia por otra parte la orientación hacia el interés social.

Posteriormente, la reforma que del art.6 del RD 515/2005 de 6 de mayo realizó el RD 1849/2009 de 4 de diciembre, introdujo una nueva modalidad de cumplimiento, de carácter facultativo, y reservada a los trabajos en beneficio de la comunidad impuestos por delitos contra la seguridad vial, cuál es la de los talleres formativos. Tal previsión legislativa encontró su ejecución práctica a través de sendas Instrucciones de la DGCTMA de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias de marzo y junio de 2010, que dotaron de forma y estructura a los Talleres de Seguridad Vial (TASEVAL).

En la práctica, dichos talleres, (altamente valorados por la Fiscalía de Seguridad Vial) han dado acogida (al menos por lo que a la Comunidad de Madrid respecta) al cumplimiento de un muy elevado número de las penas de trabajos en beneficio de la comunidad que no superan el límite de las 40 jornadas.

Por otra parte, su desarrollo ha evidenciado que son una excelente herramienta en el campo de la reeducación y prevención al que más arriba se ha aludido, y ello a través de la formación, y de la realización de actividades directamente relacionadas con la conducta delictiva. A tales efectos, indicar, que resulta significativo que en muchas ocasiones algunas de las personas, asociaciones, colectivos o cuerpos de seguridad que participan en las sesiones formativas sean los mismos que imparten charlas o clases de seguridad vial de análogo contenido a alumnos de colegios o institutos.

Pues bien, esta positiva valoración de los Talleres de Seguridad Vial, unida a la reforma operada en el Código Penal por la L.O. 5/2010 de 22 de junio, que supuso, a través de la nueva redacción del art. 49 de dicho texto legal, ampliar las posibilidades del cumplimiento en talleres a las penas de trabajos en beneficio de la comunidad impuestas por delitos diferentes a los de seguridad vial, me llevó a reflexionar sobre la conveniencia de aplicar esta forma de cumplimiento a las penas de trabajos en beneficio de la comunidad de corta duración, impuestas como penas principales y originarias en delitos de violencia de género e incluso sobre la posibilidad de articular un cumplimiento mixto talleres- jornadas ordinarias. Dicha reflexión gira en torno a la idea más arriba indicada de la prevención-reeducación, de especial relevancia en tal tipología delictiva.

En efecto, no puede pasarse por alto, que la formación, como elemento esencial y orientado a reducir la tasa de reincidencia, está presente en el cumplimiento en centro penitenciario de las penas de prisión impuestas al maltratador, el cual tiene a su disposición programas de tratamiento específicos con contenidos formativos y educativos.

Por otra parte, en los supuestos de suspensión o sustitución de penas privativas de libertad (art. 80 y siguientes del Código Penal), es obligatoria, tras la reforma llevada a cabo por la L.O. 1/2004 de 28 de diciembre de medidas de protección integral contra la violencia de género, la realización de cursos formativos, como regla de conducta cuyo incumplimiento puede implicar la revocación de tales beneficios.

Por tanto, y como puede observarse, son las penas originarias de trabajos en beneficio de la comunidad, generalmente de corta duración e impuestas a delincuentes primarios, las que quedan al margen de tales contenidos formativos, máxime si se tiene en consideración, que el volumen de trabajos en beneficio de la comunidad pendiente de cumplimiento en los SGPYMA y la limitación de entidades disponibles, implica la imposibilidad de ajustar la actividad a realizar por el penado a la tipología delictiva, en los términos contemplados en el art. 49 del Código Penal, lo que supone una cierta "desnaturalización" de la pena de trabajos en beneficio de la comunidad.

Por ello, en mi opinión, se hace preciso analizar, con la prudencia y ponderación que el caso exige, cuáles serían los beneficios, que desde el punto de vista de la prevención, podrían obtenerse a través del cumplimiento en talleres (puro o mixto como se ha dicho) de tales penas.

Pienso, que en cuestión tan primordial, como la lucha contra la violencia de género, que ha implicado la puesta en marcha de importantes reformas legislativas, el nacimiento de juzgados especializados y la implantación de protocolos de actuación conjunta con fuerzas y cuerpos de seguridad del estado, y cuyos resultados no pueden ser considerados hasta la fecha claramente satisfactorios, no debemos renunciar a plantear el uso de una herramienta que puede resultar sumamente útil en orden a reducir las conductas de violencia hacia la mujer, y ello al margen de otras indudables ventajas que van asociadas al cumplimiento en talleres, cuales son la agilidad y reducción de incidencias.

Por otra parte, y por lo que respecta a los concretos contenidos de los que pudieran estar dotados tales talleres, únicamente indicar que en mi opinión (formada en gran parte a través de los contactos mantenidos con los técnicos adscritos a los tres SGPYMA de la Comunidad de Madrid: CIS V. Kent, Melchor Rodríguez García y Josefina Aldecoa), la intervención que cabría llevar a efecto en el supuesto que se está analizando, habría de presentar seguramente elementos diferenciadores con la que se lleva a cabo en medio cerrado, y ser de menor duración temporal que la se viene realizando en medio abierto respecto de penados con pena privativa de libertad suspendida o sustituida.

Añadir a lo hasta aquí expuesto, que la Secretaria General de Instituciones Penitenciarias a través de la Subdirección de Penas y Medidas Alternativas trabaja también en planteamientos relacionados con el desarrollo del nuevo contenido del art 49 del CP al que acaba de hacerse referencia y que los jueces de vigilancia penitenciaria, con ocasión de la celebración de sus jornadas anuales, que tuvieron lugar en el mes de junio del presente año mostraron su apoyo a las nuevas formas de cumplimiento de la pena de trabajos en beneficio de la comunidad que encuentran cabida en el marco de tal renovado precepto y del art 5 del RD 840 / 2011.

Analizando otras novedades del nuevo régimen jurídico de la pena de trabajos en beneficio de la comunidad, ha de ponerse de relieve que conforme señala el art 3.2 del CP, el cumplimiento de todas las penas y medidas de seguridad debe realizarse bajo el control de jueces y Tribunales, control que tiene a su vez su origen en una ejecución administrativa previa.

En tal sentido, el sistema establecido por el RD 515 / 2005, que puede definirse como un control judicial previo o "a priori", se basaba en una propuesta de cumplimiento que el juez de vigilancia penitenciaria debía aprobar previamente a ser ejecutada.

En la práctica, el elevado número de expedientes de trabajos en beneficio de la comunidad y la dificultad en algunas ocasiones de encontrar al penado, para serle notificado el auto aprobatorio de la propuesta, generaba, que o bien se diese inicio a la ejecución antes de producirse tal notificación, (con las consiguientes dificultades para articular la declaración de incumplimiento en los supuestos de incidencias recogidas en el art 49 del CP, al

no constar debidamente informado y apercibido el penado de las consecuencias de las mismas en los términos de los artículos 49 y 468 del CP) o bien se ralentizase notoriamente el cumplimiento.

Tales inconvenientes, llevaron al legislador a efectuar un cambio en el modelo de control judicial de la pena de trabajos en beneficio de la comunidad, que armonizara la necesaria intervención del juez de vigilancia penitenciaria, establecida de forma nítida y contundente en el art 49 del CP, con la también precisa y deseable eficacia y celeridad en la gestión administrativa del cumplimiento, optándose en definitiva por dotar al plan de ejecución (que no propuesta) de inmediata ejecutividad, tal y como expresamente se contempla en el art 5.3 del RD 840 /2011.

Como puede observarse, el Real Decreto emplea expresamente la palabra "control" y no otras de contenido semejante cuyo uso se barajó a lo largo del trámite de elaboración legislativa de aquel, como "conformidad", "toma de conocimiento" u otros similares, y ello con el deseo por un lado, de respetar estrictamente el mandato del tantas veces mencionado art 49, y por otro de establecer una fórmula amplia en la que tuvieran cabida las concretas fórmulas que pudieran emplearse por el juez de vigilancia penitenciaria.

En definitiva, se establece un control judicial "a posteriori" (que por otra parte no es nuevo en el ámbito penitenciario, piénsese por ejemplo en la aplicación del principio de flexibilidad contemplado en el art 100.2 del Reglamento Penitenciario), y ello sin perjuicio de las facultades revisoras del juez de vigilancia penitenciaria.

Como aspectos no deseables de esta inmediata ejecutividad del plan, podría plantearse la ausencia de la información y apercibimientos al penado para los supuestos de incumplimiento con carácter previo al inicio de la ejecución y en la forma a la que antes se ha hecho referencia, lo que en última instancia podría generar la dificultad no ya de deducir testimonio por quebrantamiento de condena, sino de sostener una imputación o acusación formal por tal delito, con los negativos efectos que podría suponer tal "impunidad" desde el punto de vista de la prevención de dichas conductas.

Tal circunstancia ha sido paliada o minimizada mediante la introducción en el protocolo de gestión elaborado por la Secretaria General de Instituciones Penitenciarias, y en concreto en el documento que define el plan de ejecución, de un párrafo en el que expresamente se informa a aquel de que en el supuesto de incumplimiento, tal circunstancia se participará a la autoridad judicial, a los efectos derivados de los artículos 468 y 88.2 del Código Penal.

Indicar no obstante, y respecto de la sustitución de penas privativas de libertad, que el auto judicial que la acuerde y que ha de ser debidamente notificado al penado, ha de hacer expresa mención a las consecuencias que se derivan del incumplimiento, y que no son otras que la revocación de tal sustitución tal y como recoge el art 88 del CP.

Continuando con el examen de las novedades recogidas en el RD 840 / 2011, destacar la nueva regulación que se establece en el art 11 de la cobertura del Régimen General de la Seguridad Social a efectos de accidentes laborales y enfermedades profesionales y de la protección de la normativa laboral en materia de prevención de riesgos laborales, que excluye expresamente los supuestos de cumplimiento mediante participación en talleres y programas.

También se considera importante el nuevo contenido del anterior art 10, hoy art 9 (informe final), al establecer que una vez cumplido el plan de ejecución, los SGPYMA informarán de tal extremo al juez de vigilancia y al órgano jurisdiccional competente para la ejecución, a los efectos oportunos.

La anterior redacción, que no contemplaba la información a este último ( acaso en la creencia de que sería el juez de vigilancia el que participara el cumplimiento al ejecutor), condujo en no pocas ocasiones a que éste no tuviese conocimiento de la finalización, dato absolutamente preciso en orden a decretar el archivo de la ejecutoria, y lo que es más importante, para informar adecuadamente en los términos del art 136 del CP sobre la cancelación de los antecedentes penales del penado en el marco del expediente tramitado a tal efecto por el Ministerio de Justicia.

Resulta también digna de mención la modificación establecida en el art 19 del RD 840 / 2011 y en el que frente a lo dispuesto en el art 7 del RD 515 / 2005 (que hacia derivar los informes de seguimiento de los programas formativos en los supuestos de pena de prisión sustituida por trabajos en beneficio de la comunidad, al juez de vigilancia penitenciaria), se dispone de forma expresa que tal información se remita al órgano jurisdiccional competente para la ejecución, lo que resulta un acierto, si se tiene en consideración que es este último quién ha impuesto tales programas como regla de conducta, y a quién corresponde valorar las consecuencias de su eventual incumplimiento.

Por último, hacer referencia a una importante novedad terminológica, de especial relevancia en materia de trabajos en beneficio de la comunidad y de suspensión y sustitución de penas, cuál es la mención de los SGPYMA, que viene a sustituir a la de los Servicios Sociales Penitenciarios, y que se definen en el art 4 del RD 840 / 2011 como "unidades administrativas multidisciplinarias dependientes de la Administración Penitenciaria, que tienen encomendada la tarea de ejecución de las penas y medidas alternativas a la privación de libertad".

## **LIBERTAD VIGILADA POSTPENITENCIARIA.**

### **A) INTRODUCCIÓN.**

Entre las modificaciones llevadas a efecto por la LO 5/2010 de 22 de Junio en materia de

medidas de seguridad, destaca sin duda, tal y como más arriba se ha apuntado, la introducción de la libertad vigilada, (medida de seguridad no privativa de libertad conforme indica el art 96 del CP), la cual impone el cumplimiento por el sentenciado de ciertas obligaciones y prohibiciones judicialmente establecidas, a las que se han reconducido muchas medidas de seguridad no privativas de libertad suprimidas del catálogo previsto en el precepto más arriba aludido.

La novedad sustancial que incorpora la libertad vigilada, tal y como expresamente recoge la Exposición de Motivos de la LO 5 / 2010 de 22 de Junio, es que resulta aplicable no solamente cuándo el pronóstico de peligrosidad del individuo se relaciona con estados patológicos que han determinado su inimputabilidad o semiinimputabilidad (art 101 a 104 del CP), sino también cuando la peligrosidad deriva del específico pronóstico del sujeto imputable, en relación con la naturaleza del hecho delictivo cometido, y es que en determinados supuestos de especial gravedad, el efecto rehabilitador de la pena aparece dificultado o limitado, en la medida en que la misma no resulta suficiente o adecuada para excluir un elevado riesgo de reincidencia.

Excluida la opción de la prolongación ilimitada de la privación de libertad (continúa indicando la Exposición de Motivos) por estar en oposición con principios penales constitucionalmente amparados como la reinserción o la rehabilitación, se hace preciso establecer fórmulas que permitan tutelar valores como la libertad y la seguridad de los ciudadanos, potenciales víctimas del delincuente no rehabilitado que el sistema penitenciario devuelve a la sociedad.

Estamos en presencia de la figura que se conoce como "libertad vigilada postpenitenciaria" (así se refiere a ella la Exposición de Motivos) expresamente regulada en el art 106.2 del CP y de obligada imposición en sentencia en los supuestos expresamente previstos en dicho texto legal (delitos de terrorismo y ciertos delitos contra la libertad e indemnidad sexual), siendo factible que en el futuro se amplíe su aplicación a otros delitos, ya que conforme al indicado precepto, su imposición tendrá lugar "siempre que así lo disponga de manera expresa" el C. Penal, el cual puede ser modificado, ampliándose así la tipología delictiva de aplicación.

En cuanto a la imposición anticipada en sentencia, cabe plantearse si el hecho de diferir a un momento muy posterior en el tiempo al dictado de la misma, la fijación de una importante parte del "fallo", puede en cierto modo contravenir, el "principio acusatorio", y ello por más que la imposición de la medida de la libertad vigilada implique ya la posible e hipotética aplicación de la totalidad de las medidas que la integran.

Añadir, que únicamente en relación con tal modalidad de libertad vigilada y con la custodia familiar, conserva el juez de vigilancia su intervención, habiendo desaparecido su papel en la dinámica del procedimiento revisor de las medidas de seguridad no privativas

de libertad, el cuál sin embargo conserva respecto de las medidas privativas de libertad y la antedicha libertad vigilada (art 98 del CP), y ello en línea con el criterio acogido por el Tribunal Supremo y las demandas de los propios jueces de vigilancia.

## B) DERECHO COMPARADO Y DERECHO ESPAÑOL.

La figura de la libertad vigilada tiene también su reflejo en el Derecho Comparado. Resulta muy interesante al respecto la reseña que de esta cuestión realiza Luis Fernández Arévalo, fiscal de la Audiencia Provincial de Sevilla, en su brillante trabajo sobre el control de la peligrosidad criminal y la libertad vigilada post-penitenciaria.<sup>1</sup>

En el mismo, se contienen referencias al Código Penal francés, que contempla la figura del ‘‘seguimiento socio judicial’’, el cual lleva aparejada la obligación del condenado de someterse a medidas de vigilancia y asistencia encaminadas a prevenir la reincidencia, y ello, bajo el control de el juez de ejecución penal.

Entre tales medidas se encuentran las de comparecencia periódica ante la autoridad judicial, comunicación de actividades, cambios de residencia o desplazamientos, abstinencia de frecuentar lugares o establecimientos, de acercamiento a la víctima, de porte de armas etc.

Asimismo se alude al modelo italiano que se centra en el llamado ‘‘delincuente por tendencia’’, al sistema alemán que cuenta con la figura de ‘‘la sujeción a vigilancia de autoridad’’ así como al de los EEUU, de contenido similar en los diferentes estados, y que se completa con la existencia de registros públicos, que contienen información sobre la identidad y localización de ciertos delincuentes sexuales, y clasifican a los delincuentes peligrosos en tres niveles, en función de los cuales se amplía el ámbito de quienes pueden acceder a tal información, que en supuestos de mayor peligrosidad se extiende a todos los ciudadanos, encontrándose en internet datos relativos para identidad del delincuente, su condena, fotografía y domicilio.

En cuanto a los antecedentes que de la libertad vigilada postpenitenciaria se encuentran en el Derecho Español, el trabajo al que acabo de hacer referencia efectúa un recorrido que se inicia en el C. Penal de 1822, pasando por los de 1848 y 1928 , y que conduce hasta las leyes de Vagos y Maleantes de 4 de Agosto de 1933, y de Peligrosidad y Rehabilitación social de 4 de Agosto de 1970, y finalmente hasta la Ley Orgánica 5/2000 de 12 de enero, reguladora de la responsabilidad penal de los menores.

<sup>1</sup> ‘‘Control de la peligrosidad criminal y libertad vigilada postpenitenciaria’’. Luis Fernández Arévalo. Fiscal de la Audiencia Provincial de Sevilla. Portal de Derecho Penitenciario.

## C) CONTENIDO DE LA LIBERTAD VIGILADA POSTPENITENCIARIA.

Las medidas que integran la libertad vigilada (tanto su modalidad ordinaria como postpenitenciaria) se encuentran recogidas en el Artículo 106,1 del C. Penal, siendo éstas:

- a. La obligación de estar siempre localizable mediante aparatos electrónicos que permitan su seguimiento permanente.
- b. La obligación de presentarse periódicamente en el lugar que el Juez o Tribunal establezca.
- c. La de comunicar inmediatamente, en el plazo máximo y por el medio que el Juez o Tribunal señale a tal efecto, cada cambio del lugar de residencia o del lugar o puesto de trabajo.
- d. La prohibición de ausentarse del lugar donde resida o de un determinado territorio sin autorización del Juez o Tribunal.
- e. La prohibición de aproximarse a la víctima, o a aquellos de sus familiares u otras personas que determine el Juez o Tribunal.
- f. La prohibición de comunicarse con la víctima, o con aquellos de sus familiares u otras personas que determine el Juez o Tribunal.
- g. La prohibición de acudir a determinados territorios, lugares o establecimientos.
- h. La prohibición de residir en determinados lugares.
- i. La prohibición de desempeñar determinadas actividades que puedan ofrecerle o facilitarle la ocasión para cometer hechos delictivos de similar naturaleza.
- j. La obligación de participar en programas formativos, laborales, culturales, de educación sexual u otros similares.
- k. La obligación de seguir tratamiento médico externo, o de someterse a un control médico periódico.

Tan variado contenido (con medidas coincidentes con otras medidas de seguridad, reglas de conducta y penas accesorias ya existentes) han llevado a algunos a definir la libertad vigilada como ‘‘medida de medidas’’.

## D) PROCESO DE FIJACIÓN Y CONCRECIÓN.

En cuanto al proceso de fijación o concreción de la libertad vigilada postpenitenciaria, este se recoge en el art 106.2 del CP en relación con el art 23 del RD 840 / 2011.

A tales efectos, y con arreglo a este último precepto, la Administración Penitenciaria antes de finalizar el cumplimiento de la pena privativa de libertad, y ‘‘a solicitud’’ del juez de vigilancia, elevará a este un informe técnico sobre la evolución del penado que habrá de elaborar la Junta de Tratamiento u órgano equivalente del centro penitenciario en el que el penado este cumpliendo condena o al que en su caso esté adscrito si se encuentra en situación de libertad condicional.

Este informe habrá de producirse con la anticipación precisa, ya que el juez de vigilancia con arreglo al art 106.2 habrá de efectuar a su vez la propuesta correspondiente al juez o Tribunal sentenciador, al menos dos meses antes de que se produzca la extinción de la pena privativa de libertad.

El procedimiento a seguir, será el previsto en el art 98 del C. Penal al que antes hemos aludido, concretando dicho órgano judicial el contenido de la medida, y ello sin perjuicio de lo establecido en el art 97 del C. Penal (esto es, el cese, la suspensión o la sustitución).

En caso de que el condenado tenga pendiente el cumplimiento sucesivo de varias penas privativas de libertad, el mecanismo al que se ha aludido se entenderá referido al momento en que extinga todas ellas.

#### E) PROCESO DE REVISIÓN.

Respecto del proceso revisor de la libertad vigilada postpenitenciaria, indicar que es el mismo que el establecido en el art 98 del CP respecto del resto de las medidas de seguridad privativas de libertad, esto es, la elevación de al menos una propuesta anual de cese, mantenimiento, suspensión o sustitución.

Para formular dicha propuesta, el juez de vigilancia deberá valorar los informes emitidos por los facultativos y profesionales que asistan al sometido a la medida de seguridad o por las administraciones públicas competentes.

Respecto de las medidas no privativas de la libertad será el juez sentenciador (sin la mediación del juez de vigilancia), quien de manera directa recabará los informes pertinentes acerca de la situación y evolución del condenado, su grado de rehabilitación y el pronóstico de reincidencia o reiteración delictiva.

Como novedad, el párrafo tercero del art 98 señala que el juez o Tribunal sentenciador resolverá motivadamente a la vista de los informes o propuesta, y oída la propia persona sometida a la medida así como al Ministerio Fiscal y a las demás partes, e incluso a las víctimas del delito que no estuvieren personadas, cuando así lo hubieren solicitado, al inicio o en cualquier momento de la ejecución de la sentencia, siempre que permanezcan localizables.

#### F) ALGUNAS CUESTIONES PRÁCTICAS.

Corresponde ahora abordar, el examen de algunas cuestiones prácticas, que considero pueden ser de interés, y que a continuación se exponen brevemente:

#### 1. PROCESO DE FIJACIÓN O CONCRECIÓN.

a) ¿Por qué la intervención del juez de vigilancia penitenciaria? ¿Por qué el contenido de la libertad vigilada postpenitenciaria no puede ser fijado o concretado de manera directa por el juez o Tribunal sentenciador, sin necesidad de que intervenga el juez de vigilancia, el cual en la práctica realiza un papel meramente vehicular entre la Administración Penitenciaria y el órgano sentenciador?

b) ¿Cuál es el juez de vigilancia penitenciaria competente? ¿Será este el que también actúe en el proceso de revisión?

Quizás la mejor opción sea atribuir la competencia al juez de vigilancia penitenciaria con jurisdicción sobre el centro en el que se encuentra interno el sometido a la medida o al que se haya adscrito en el supuesto de liberados condicionales, y que sea este el que actúe en el proceso revisor, ya que en caso de seguirse otro criterio, como el del lugar de residencia del penado podría llegarse a plantear la hipótesis de que este pudiese "elegir" el juez que estimare más favorable o afín a sus pretensiones.

c) ¿Por qué el art 23 del RD 840/2011 indica que la Administración Penitenciaria elevará el informe técnico relativo a la evolución del penado previa la solicitud del juez de vigilancia?

Lo razonable es considerar que sea tal Administración, la que directamente informe al juez, ya que es esta la que tiene a su disposición el expediente penitenciario y por tanto conoce que el interno o penado está sometido a la medida, cosa que no tiene porque saber "a priori" el juez de vigilancia.

d) Necesidad, tal y como antes se ha apuntado de que el informe técnico (art 23 del RD 840/2011) se eleve al juez de vigilancia con cierta antelación, y ello en la medida en que este a su vez ha de elevar la oportuna propuesta al juez o tribunal sentenciador "al menos dos meses antes de la extinción de la pena privativa de la libertad" (art 106.2 del C. Penal).

Respecto de estas cuestiones, se han pronunciado los jueces de vigilancia penitenciaria en su XXI Reunión Anual celebrada en el mes de junio del presente año estableciéndose como conclusiones las siguientes:

- La competencia territorial del juez de vigilancia penitenciaria para conocer de la libertad vigilada postpenitenciaria la determina el acuerdo de la Junta de Tratamiento del Centro Penitenciario que realiza la propuesta, debiendo mantenerse en lo sucesivo en virtud del principio de la "perpetuatio jurisdictionis" como ocurre con el seguimiento de la libertad condicional.
- En relación con el art 23 del RD 840/2011 han de ser las Juntas de Tratamiento las que realicen la propuesta de libertad vigilada al juez de vigilancia penitenciaria con antela-

ción suficiente, sería deseable en todo caso en plazo superior a tres meses antes de la extinción de la pena privativa de libertad.

- En el mismo sentido aparecen redactadas las conclusiones de los Encuentros de Jueces de Vigilancia Penitenciaria, Fiscales e Instituciones Penitenciarias celebrados el pasado mes de Septiembre en Madrid.

Por su parte la DGCTMA en la Instrucción 19/2011 de 16 de noviembre, (apartado cuarto) dispone que en los supuestos en que los penados tengan impuesta la medida de seguridad de libertad vigilada posterior al cumplimiento de pena privativa de libertad, tres meses antes de la extinción de tal pena, la Junta de Tratamiento del centro penitenciario en el que se encuentre el penado o de aquel al que estuviere adscrito si se hallare en libertad condicional, elevará un informe técnico al juez de vigilancia penitenciaria, en el que atendiendo al pronóstico actual de peligrosidad del interno, se propondrán a la autoridad judicial de forma motivada las medidas concretas.

Cómo puede observarse, el contenido de tal Instrucción, es coincidente en gran parte (salvo en el plazo de los tres meses para la elevación del informe), con el criterio de los jueces de vigilancia más arriba indicado.

## 2. PROCESO DE REVISIÓN.

a) Tal y como antes se indico, el art 98.3 del C. Penal prevé que por parte del juez o Tribunal Sentenciador se lleve a cabo el trámite de audiencia antes de resolver sobre la revisión de la libertad vigilada, y que tal audiencia se extienda al Ministerio Fiscal, partes personadas, al sometido a la medida y a las propias víctimas aun cuando no estén personadas.

Resulta evidente que tal tramite puede en ocasiones, y en función de la complejidad del delito cometido y del elevado número de afectados o perjudicados (lo que no resulta extraño en los delitos de terrorismo o contra la libertad o indemnidad sexual a los que precisamente se aplica la medida), dilatar en exceso el proceso revisor del contenido de la libertad vigilada postpenitenciaria.

b) Se echa en falta en el curso del cumplimiento de tal medida un organismo controlador que unifique el seguimiento y facilite a su vez el proceso de revisabilidad, en el que por otra parte acaso no se entiende suficientemente el papel de el juez de vigilancia, máxime cuando ya no existe intervención de la Administración Penitenciaria la cual, se limita a tomar parte en el proceso de concreción.

Sobre este particular se han pronunciado también los jueces de vigilancia de XXI reunión a la que antes se ha hecho alusión habiéndose concluido:

- Es necesario que intervenga el Servicio de Gestión de Penas y Medidas Alternativas para que la competencia atribuida en esta materia de libertad vigilada postpenitenciaria al juez de vigilancia penitenciaria se desarrolle de manera eficaz.
- Instar al CGPJ a fin de que dirija consulta al Ministerio de Justicia para que se informe a quien corresponde la vigilancia del penado en la libertad vigilada postpenitenciaria en relación con las medidas del artículo 106 del C. Penal.

En sentido similar se expresan las conclusiones de los Encuentros de jueces de vigilancia, fiscales e Instituciones Penitenciarias más arriba mencionados.

## 3. OTRAS CUESTIONES.

a) ¿Puede condicionar la libertad vigilada postpenitenciaria que encuentra su fundamento en la peligrosidad del penado, la eventual concesión de la libertad condicional o del tercer grado del tratamiento?

Resulta evidente que si bien no debería ser así, máxime si puede resultar de aplicación el artículo 97 del C. Penal (cese, suspensión o sustitución de la medida), lo cierto es que en la práctica no puede excluirse que se produzca tal condicionamiento

## G) COMPETENCIA DE LA ADMINISTRACION PENITENCIARIA EN MATERIA DE MEDIDAS DE SEGURIDAD.

Al hilo de las reflexiones que se han ido realizando, procede ahora llamar la atención sobre el nuevo papel que juega la Administración Penitenciaria en materia de medidas de seguridad

Si comparamos la rúbrica del capítulo quinto del RD 840/2011 de 17 de Junio ("Del cumplimiento de medidas de seguridad competencia de la Administración Penitenciaria") con la que encabezaba idéntico capítulo del derogado RD 515 / 2005 ("Del cumplimiento de determinadas medidas de seguridad") se observa la intención de dejar claro, que tal Administración solo intervendrá en relación con algunas medidas de seguridad muy concretas, siendo estas en primer término las medidas privativas de libertad de internamiento en establecimiento o unidad psiquiátrica penitenciaria, las únicas para cuya ejecución se declara competente (art 21 del RD 840 / 2011).

Desaparece de este modo la intervención que el RD 515 / 2005 atribuía a los Servicios Sociales Penitenciarios del lugar de residencia del penado para elaborar el llamado plan de intervención y seguimiento de las medidas de seguridad privativas de libertad que se cumplían fuera del medio penitenciario y de algunas medidas de seguridad no privativas de libertad como sucedía con la sumisión a tratamiento externo en centros o estableci-

mientos de carácter socio sanitario (hoy reconducida al contenido concreto de la libertad vigilada y por tanto fuera de la intervención de la Administración Penitenciaria por lo que a su ejecución respecta).

Por otra parte, la Institución Penitenciaria tiene competencia como ya antes se señaló, en el procedimiento de concreción del contenido de la libertad vigilada postpenitenciaria, a través de la elaboración del preceptivo informe técnico sobre la evolución del penado que ha de ser elevado al juez de vigilancia, si bien como también se ha expresado, permanece al margen del proceso de seguimiento, control y revisión de la libertad vigilada.

Considero, que tal reducción del papel de la Administración Penitenciaria en materia de ejecución de medidas de seguridad (de modo semejante a lo que ocurre con la localización permanente) responde al deseo de liberar a la misma de la gran carga competencial que hubo de asumir tras la entrada en vigor del RD 515 / 2005 y que acaso no se compadecía con los recursos disponibles, lo que convierte en encomiable el gran esfuerzo que en su día realizaron los Servicios Sociales Penitenciarios y del que son continuadores los SGPYMA, los cuales, con recursos materiales y humanos a veces muy limitados, máxime en el marco de la actual crisis económica, asumen sobre todo en determinadas provincias, un muy elevado volumen de gestión.

## SER MUJER.ES, UNA CRÓNICA DESDE VALENCIA

Susana Martín Alvarado  
Gloria Esther Remacha García  
Paloma Martín Solar  
Centro Penitenciario de Valencia

El próximo lunes, cuando regresemos de Almagro, en Valencia arrancaremos la 2<sup>a</sup> Edición del Programa Ser Mujer.es. Eso quiere decir que estas últimas semanas, antes de venir, hemos estado trabajando en las tareas previas que conlleva cualquier programa de intervención. Hemos tenido ya unas cuantas reuniones preparatorias, hicimos la publicidad del programa, estamos finalizando el proceso de selección de internas y hemos hecho algunas reuniones informales con las Funcionarias que prestan servicio en los módulos de mujeres, a las que les entregamos un pequeño documento informativo.

A propósito de esto, el otro día había un funcionario de servicio que cuando vio el documento lo cogió y dijo “Ser mujer... ¿Qué vais a enseñarles? ¿A ser más femeninas?” Como no conozco al compañero, no tengo ni idea de lo que en su universo mental significa “más femeninas”, pero sea lo que sea, estoy convencida de que apenas se corresponde con el contenido del Ser mujer.es. En cambio el programa sí está directamente relacionado con ese tipo de actitud, con esas bromas que de forma sutil minimizan el valor de lo que se hace.

De los muchos instrumentos que existen para mostrar la realidad, para sacar a la luz historias, para abrir ventanas a otros mundos, hemos optado por el cine. Así que nos proponemos a hacer una presentación cinematográfica, como habréis podido imaginar viendo la pantalla. Aunque no podremos abordar todos los aspectos que hay que tener en cuenta en el rodaje de una película, vamos a intentar hacer un breve repaso de los fundamentales.

Si se quiere tener alguna posibilidad de éxito, es necesario en primer lugar contar con un buen **guión**. En este caso y encontrándonos en plena mancha nada mejor que la filmografía de un manchego universal como Pedro Almodóvar, para sustentar nuestra presentación.

## EL GUIÓN.

En este caso hemos contado con un guión original, es decir, un Manual específico escrito para prevenir la violencia de género destinado a las mujeres de los Centros Penitenciarios. La redacción y edición del mismo se desarrolló a lo largo del año 2010 y fue producto del trabajo colectivo en el que participaron unas 20 profesionales. Así que vamos a ver en nuestro lenguaje cinematográfico cual sería el argumento de la película.

Lo primero que abordamos en el curso fue el concepto de socialización, cuyo contenido hemos identificado con el título de esta película de Almodóvar: “La mala Educación”. Consiste en preguntarnos ¿cómo hemos sido educadas las mujeres? Para ello se hace necesario averiguar el tipo de mensajes y mandatos que nuestros padres y familiares nos han ido lanzando desde pequeñas y comprobar cómo en muchas ocasiones son la respuesta a cómo nos sentimos, a la vida que hemos desarrollado y a las dificultades con las que nos hemos ido encontrando.

A continuación la trama de la película nos permite descubrir que a pesar de todo ello, somos seres valiosos, que tenemos habilidades y fortalezas que nunca habiéramos sospechado. Y ese diálogo interior en el que consiste la autoestima queda reflejado en el siguiente título: “La piel que habito”. La conclusión a la que se llega a lo largo de estas tres sesiones es muy sencilla, aunque conlleva un descubrimiento muy potente: tenemos todo el derecho del mundo a ser felices.

Hemos intentado en el curso mirarnos sin prejuicios y sin ataduras, y reconocer nuestros cuerpos, hablar abiertamente de nuestra sexualidad, de nuestros gustos y de nuestros temores. Quizá el título que mejor recoge este apartado del programa es el de “Carne trémula”.

Después fuimos aprendiendo a interpretar qué es eso del amor, cómo han sido hasta ahora nuestras relaciones y en qué situación nos ha colocado creer como una verdad absoluta aquellos primeros mensajes que recibimos en nuestra infancia. “La flor de mi secreto” esa escritora de novela rosa, perpleja ante su propio fracaso sentimental, resume a la perfección el contenido de esta unidad.

A continuación entramos en un tema que resulta muy doloroso para muchas de nosotras. Las mujeres, sólo por el hecho de ser mujeres somos las víctimas propiciatorias de cualquier tipo de violencia, sea psicológica, laboral, social, económica, sexual o física. El hecho de ser mujer es un factor de riesgo alto en nuestra sociedad y este es un fenómeno planetario, es decir, afecta a todos los países, a todas las culturas, si bien existen grados distintos de violencia en función de los lugares y las épocas. Pero lo cierto es que en nuestras propias vidas, muy pocas de entre nosotras se ha librado en alguna ocasión

de sufrir algún tipo de violencia sólo por el hecho de ser mujer. El curso nos ha servido en primer lugar para evidenciar todo esto, es decir para ser conscientes de ello y en segundo lugar para buscar estrategias que nos permitan descubrir las primeras señales de alarma y enfrentarnos a decisiones que no siempre son fáciles. La película que nos lo resume es la de “Matador”.

Y por último hemos hecho un largo camino de aprendizaje en herramientas que son muy útiles para todas las personas. Estamos ante el sueño de cualquier psicoterapeuta. “Todo sobre mi madre”. Hemos aprendido a comunicarnos mejor, a no tener miedo de nuestras emociones o de nuestros pensamientos; a defender nuestros derechos sin lesionar los de otros; a saber diferenciar que nuestros estados de ánimo, nuestras emociones básicas o nuestras acciones, no se identifican exactamente con lo que nosotras somos en esencia. Hemos conocido y practicado lo que es negociar, cómo ponernos en el lugar de otra persona, qué podemos hacer cuando tenemos un conflicto, o cómo liberarnos de la tensión que a veces nos acompaña a todas horas. Hemos sido plenamente conscientes de que podemos cambiar, de que las personas no somos siempre de la misma manera, y podemos librarnos de muchas de las cadenas que nos esclavizan.

## DÍAS DE CINE.

Estamos a punto de empezar la 2ª edición del Ser Mujer y eso significa que estamos en disposición de contar brevemente cómo nos ha ido la primera. Empezamos el 4 de Abril de 2011 con una Fiesta de Inauguración y terminábamos el 20 de Septiembre con una Fiesta de Despedida. Pero naturalmente entre ambas fechas han ocurrido muchas cosas en el desarrollo de todo ese argumento.

Días de cine cómo sabéis es una revista de crítica cinematográfica que nos puede servir para abordar la evaluación. Toda evaluación pretende responder a una pregunta básica “¿Hemos tenido éxito con el programa?” He de decir que el programa contiene un sistema de evaluación oficial a través de un cuestionario que hemos pasado a modo pretest y un posttest en el grupo que realizó el programa y en el grupo control. No nos han devuelto todavía los resultados de los mismos. Más allá de eso entendemos que hay 4 grupos básicos que tienen algo que decir al respecto, que son los siguientes:

- A. Las profesionales que han desarrollado el programa.
- B. Las internas que han participado en la primera edición del programa.
- C. El Equipo de Dirección del Establecimiento.
- D. Los funcionarios y funcionarias de vigilancia.

Consideramos grupos principales a los dos primeros, tanto por ser los protagonistas,



como por el hecho de que si la evaluación es negativa hay pocas posibilidades de continuidad. Consideramos complementarios a los otros dos, de modo que si la evaluación negativa procede de alguno de ellos, lo que puede pasar es que el proceso sea costoso desde el punto de vista del esfuerzo que requiere.

Respecto a nuestra evaluación, es la que hemos escenificado en estas Jornadas de Almagro y la que intentamos recoger en éstas líneas. Tengo que decir que hemos realizado un esfuerzo para practicar una evaluación autoreferente. Naturalmente hemos tenido desencuentros, carencias, o problemas que hemos percibido en nuestra relación con otros grupos de nuestra organización. Nosotras no podemos cambiar de forma total ni la realidad de nuestro mundo penitenciario, ni las actitudes de estas o aquellas personas. Lo único que podemos cambiar en ediciones futuras es nuestra propia actuación. Por lo tanto hemos intentado hacernos preguntas significativas con ese objetivo.

1. ¿Qué acciones hemos realizado que hayan podido entorpecer la relación con dichos grupos?
2. ¿Qué iniciativas hubiéramos podido tener que hubieran mejorado nuestra interacción con ellos?
3. ¿Qué aspectos no hemos tenido en cuenta y se han relevado como importantes?

¿Y que piensa el Equipo de Dirección de nuestra actuación? Pues no tenemos ni idea. El feed back que hemos obtenido por parte de nuestros Directores y Subdirectores de Tratamiento ha sido más bien débil. Primero nos constituimos como grupo, luego planificamos la intervención, finalmente la hicimos y cuando todo terminó, la evaluamos.

Y por el camino fuimos sorteando todos y cada uno de los obstáculos que podéis imaginar porque serán parecidos en vuestros centros. La gestión del aula, la del proyector, el portátil que era nuestro, las órdenes de dirección que se perdían, las funcionarias que no estaban por la labor, las que sí, el Jefe de Servicios que no sabía nada, el retraso en la apertura de celdas y el largo etcétera que todos conocéis. Tuvimos una reunión al inicio con el Director y hemos realizado un par de informes intermedios durante el programa. Aún así, tan sólo nos han interpelado en un par de ocasiones para saber si se hacía en algún otro centro y a propósito de quién iba a cumplimentar la Ficha de actividad que pide el Centro Directivo. Es un pobre resultado el que hemos obtenido, la verdad. Hemos conseguido ese efecto tan conocido en el mundo de la intervención en materia de género de la Invisibilidad.

Pero cómo os decía, nuestra política con respecto a la evaluación es ver en esta segunda edición qué podemos hacer para que eso mejore.

Vamos a ver ahora qué opinan las funcionarias de interior a propósito del desarrollo del

programa. Para saberlo, les pasamos un cuestionario al que contestaron de forma voluntaria y anónima diez compañeras.

Tras una breve presentación de la encuesta, les preguntábamos si la información que habían recibido del programa era suficientemente ilustrativa y el 80% contestaron afirmativamente. En cuanto al desarrollo, la pregunta era si había estado bien organizado y por lo tanto, no había supuesto dificultades para su trabajo, a lo que contestó que sí el 100%. Con respecto a la coordinación con nosotras, preguntamos si les había resultado fluida y cómoda y de nuevo el 100% contestó afirmativamente.

Dando un paso más con respecto a la evaluación, pensamos... nuestro programa busca producir cambios significativos en las internas... ¿se habrá notado en su conducta? Y tuvimos el valor de preguntárselo a las funcionarias. Les preguntamos si cada una de las internas había mejorado en algunos de los siguientes aspectos:

- Mejora en la relación con ellas, con las propias funcionarias.
- Mejora en la relación con otras internas.
- Mejora en su aseo, en su cuidado y apariencia.
- Mejora en su estilo de comunicación verbal y no verbal.
- Mejora en su conducta general en el módulo.

Y aquí están los resultados. Y reconozco que nos animaron mucho. A continuación los resultados de la encuesta.

### CUESTIONARIO PARA FUNCIONARIAS DE INTERIOR SOBRE EL PROGRAMA *Ser mujer.es*

Estimada compañera, como sabrás a lo largo del año 2011 varias profesionales del Equipo de Tratamiento hemos desarrollado un programa de intervención con varias internas de los Módulos 2 y 12 denominado "*Ser mujer.es*". Dado que esta ha sido la primera edición y para poder implementar mejoras en las siguientes ediciones, nos sería de gran utilidad conocer tu opinión sobre algunos aspectos del programa. La encuesta es voluntaria y anónima, por lo que te agradecemos de antemano tu colaboración.

- 1.- Con respecto a la **información** que ha llegado al Módulo del programa, señala la respuesta que creas conveniente.

Creo que ha sido suficiente e ilustrativa, en la información escrita y en la informal ..... 80%  
 Creo que no ha sido suficiente y debería haberse informado de otra manera ..... 20%

Indícanos cualquier sugerencia que te parezca oportuna con respecto a la información.

2.- En relación al **desarrollo** del programa, señala la respuesta que creas conveniente.

Creo que ha estado bien organizado y no ha supuesto dificultades importantes para mi trabajo .. 100%  
 Creo que no estaba organizado y como consecuencia mi trabajo se ha resentido ..... 0%

Indícanos cualquier sugerencia que te parezca oportuna con respecto al desarrollo del programa.

3.- Respecto a la coordinación con las **profesionales** del programa, señala la respuesta que creas conveniente.

Creo que en general la relación ha sido fluida y cómoda ..... 100%  
 Creo que ha habido un grado significativo de descoordinación con los consiguientes problemas 0%

Indícanos cualquier sugerencia que te parezca oportuna sobre la coordinación con las profesionales del programa.

4.- Ahora nos gustaría conocer tu opinión con respecto a la observación de posibles cambios en el **comportamiento de las internas** que han participado en él. Basta con que escribas un “1” en la casilla correspondiente, si entiendes que en la conducta observable la interna ha mejorado y un “0” si entiendes que no ha mejorado o incluso que ha empeorado.

M	INTERNA	Mejora en la relación con las Funcionarias	Mejora en la relación con otras internas	Mejora en el cuidado del aseo, aspecto y apariencia	Mejora del estilo de comunicación verbal y no verbal	Mejora en su conducta general en el Módulo
2	J.G.B	75%	57%	50%	50%	50%
2	J.H.R	100%	100%	100%	88.9%	88.9%
2	E.M.M	100%	88.9%	88.9%	88.9%	88.9%
2	T.N.O	88.9%	75%	100%	75%	66.6%
2	C.O.T	100%	100%	87.5%	87.5%	87.5%
2	D.R.R	100%	100%	100%	100%	100%
2	A.T.B	44.5%	37.5%	50%	28.6%	44.5%
12	C.I.L	100%	100%	100%	100%	100%
12	V.M.R	100%	100%	100%	100%	100%

5.- Nos gustaría que nos indicaras –en lo que tú conoces– qué **aspectos te han parecido más interesantes** del programa.

- No lo he conocido ..... 33%
- Todo el programa ..... 16.6%
- El esfuerzo que han realizado las profesionales ..... 16.6%
- Los cambios producidos en las internas participantes ..... 33.3%

6.- También nos ayudaría mucho para otras ediciones saber –a tu entender– qué **aspectos podrían mejorarse** y cómo

- Dar más información sobre los contenidos ..... 60%
- Tener las órdenes de dirección en el módulo ..... 20%
- Que el programa tuviera mayor duración ..... 20%

7.- Por último y sin que suponga un compromiso, ¿te gustaría **participar** en futuras ediciones en el programa? ¿Crees que es interesante que las funcionarias de vigilancia puedan participar en un programa de tratamiento como éste?

- Sí: ..... 60%
- No: ..... 20%
- Necesitaría más información: ..... 20%

***Muchas Gracias por tu colaboración***

Cómo veis, les preguntábamos en último lugar por los aspectos más interesantes del programa, sugerencias de mejora y algo que también ha sido significativo: el 60% de ellas cree que sería interesante que las funcionarias participaran en este programa o estaría dispuesta a participar

Bien ¿y cómo nos ha ido a nosotras con las funcionarias, con la organización de interior en general? Como suele pasar, hemos tenido una relación desigual en función de las personas, algunas de cal y algunas de arena. En ocasiones hemos tenido la sensación de que nuestra organización vive de espaldas a cualquier actividad de tratamiento, siguiendo con su propia rutina que –a menudo- parece más un rodillo que otra cosa. Otras veces hemos recibido apoyo y colaboración e incluso como habéis visto en la encuesta un porcentaje importante (60%) se mostraba dispuesta a participar en el programa

¿Y qué dicen las internas que han participado? Esta encuesta que presentamos a continuación está incluida en el programa.

De los datos que en ella se pueden observar se pueden extraer las siguientes conclusiones:

- En todos los ítems se obtiene una puntuación alta (entre los 4 y los 5 puntos) con excepción de la valoración que se hace del contenido de la Unidad 1 (ya se comenta en otro apartado de la evaluación que es la temática que por el grado de abstracción, más les ha costado asimilar) y de dos preguntas relacionadas con el interés y el dinamismo de las Sesiones.
- Tanto en la evaluación formal como en las conversaciones informales o en el documental que se grabó una vez terminado el programa, las participantes valoran muy positivamente las dinámicas, los ejercicios y los juegos que se desarrollan en el Aula y por el contrario, acusan el esfuerzo y la dificultad que conlleva el desarrollo teórico de las materias.

— Aunque es una cuestión que no se plantea explícitamente en la Ficha, el tema de las 3 sesiones semanales ha salido en numerosas conversaciones y las participantes consideran que es un ritmo excesivo. A medida que se aproximaba el final del mismo se percibía un cierto agotamiento.

— Dado que la Ficha estaba diseñada en el origen del programa, no contemplaba la posibilidad de evaluar actividades complementarias como los Talleres de verano que se desarrollaron en este Centro. Hay que decir que la valoración de las participantes ha sido muy positiva, tanto de las personas que lo han impartido como de las propias actividades que han planteado.

**FICHA DE VALORACION**

Programa de Intervención *Ser mujer.es*

Marca con una X la casilla con la que estés más de acuerdo siguiendo la siguiente escala

1 = Muy Poco	2 = Poco	3 = Normal	4 = Bastante	5 = Mucho
--------------	----------	------------	--------------	-----------

**PERFIL GENERAL DE LA PARTICIPANTE**

Tenías conocimientos previos de la materia del Programa	P. M.: 2.7
Has asistido a otros programas de intervención	P. M.: 2.3
Participas habitualmente en actividades del Centro	P.M.: 4.2

**CONTENIDOS DEL TALLER**

La Unidad 1 (Identidad de Género) me ha parecido interesante	P.M.: 3.6
La Unidad 2 (Autoestima) me ha parecido interesante	P.M.: 4.2
La Unidad 3 (Sexualidad) me ha parecido interesante	P.M.: 4.4
La Unidad 4 (Relaciones de pareja) me ha parecido interesante	P.M.: 4.3
La Unidad 5 (Violencia de Género) me ha parecido interesante	P.M.: 4.5
La Unidad 6 (Habilidades) me ha parecido interesante	P.M.: 4.2
La Unidad 7 (Prevención y Recursos) me ha parecido interesante	P.M.: 4

**PROFESIONALES**

La disposición para el diálogo ha sido buena	P.M.: 4
Los conceptos han sido desarrollados con claridad	P.M.: 4.1
Se ha sabido mantener a las participantes interesadas	P.M.: 3.5
Las profesionales conocían suficientemente el tema a desarrollar	P.M.: 4.4
Me he sentido cómoda en la relación con las profesionales	P.M.: 4.5

**METODOLOGÍA**

El Programa se ha impartido de forma dinámica y atractiva	P.M.: 3.5
La forma de enseñanza ha sido adecuada	P.M.: 4.3
La mayoría de los conceptos tratados me han quedado claros	P.M.: 4.1
La participación y actitud de las participantes ha sido buena	P.M.: 3.9
Las experiencias y acciones explicadas han resultado útiles	P.M.: 4.4

**DOCUMENTACIÓN**

La documentación ha sido suficiente y útil	P.M.: 4.6
La documentación puede ser provechosa para el futuro	P.M.: 4.8

**ORGANIZACIÓN**

El local y los medios me han parecido adecuados	P.M.: 4.2
La organización en general ha sido buena	P.M.: 4.7

**SATISFACCIÓN**

Tengo la sensación de haber aprovechado el tiempo	P.M.: 4.7
Creo que este Programa me será de utilidad	P.M.: 4.8

**Por último, puedes aportar si lo deseas, tu opinión con respecto a lo siguiente:**

¿Qué es lo que te ha parecido mejor del Programa?

- Las actividades entre nosotras y conocernos mejor unas a otras (2).
- Todo (2).
- El conocerme mejor a mí misma (1).
- Aprender a decir que no si no quiero (1).
- Ver otra forma de ver las cosas (1).
- Trabajar la mente (1).
- El trato con las profesionales (1).
- Aprender a luchar por lo que quieres (1).

¿Qué aspectos del Programa consideras mejorables?

- Faltan actividades (1).
- Nada (2).
- No contesta (3).
- Profundizar en algunos temas y no extenderse tanto en otros (2).
- Faltan medios materiales (1).

¿Cuáles son los temas que, a tu juicio, le sobran a este Programa?

- Ninguno (7).
- La falsedad de algunas compañeras (1).
- El principio es aburrido (2).

¿Qué tipo de mejoras incorporarías al Programa? ¿Qué has echado en falta?

- Más actividades (2).
- Hacer más dinámicas entre nosotras (2).
- Nada (2).
- Profundizar en algunos temas (1).
- Más tiempo y medios (1).
- Más diversión (1).
- Una implicación homogénea de las profesionales (1).

**ARTISTAS INVITADAS.**

Un film que pretenda tener éxito, gana muchos enteros cuando puede presentar en cartelera un buen elenco de artistas invitadas. Y este es un aspecto que tuvo gran aceptación por parte de las mujeres: los Talleres de Verano que les sirvieron, primero para descansar y después para experimentar lo aprendido en actividades muy variadas.

### Talleres de verano

- A lo largo del mes de Agosto y la 1ª quincena de Septiembre se desarrollan cuatro Talleres complementarios impartidos por el colectivo “Transfomacció, col·lectiu d’estudis de gènere” de la Universitat de València.
  - “MUJERES Y ARTE: POSIBILIDADES DE SER”
  - “EL CUERPO Y LAS EMOCIONES”
  - “RADIO ENREDADAS”
  - “FOTO TRANSFORMACCIÓ”
- Se desarrollaron tres sesiones por taller con una secuencia de dos Sesiones semanales de dos horas, impartidas por dos o tres monitoras cada uno de ellos. En total fueron doce sesiones
- Las mujeres del colectivo eran conocedoras del programa impartido, dado que lo habían trabajado en el máster de Género que acababan de cursar en la Universidad de Valencia. La propuesta era realizar los Talleres en conexión con la materia objeto del Curso.
- Uno de los productos de dichos talleres fue el programa de radio “enredadas” que se grabó íntegramente en el Aula de Audiovisuales del Centro Penitenciario y se emitió posteriormente a través de Internet y una salida programada al programa de radio en el exterior en el que participaron varias de las profesionales que impartieron el programa y una de las alumnas.

### LAS NOMINACIONES A LOS GOYA.

Vamos a abordar ahora aquellos aspectos de nuestra intervención que nos han parecido nuestros puntos fuertes, aquellos en lo que creemos merecer al menos alguna nominación a los Goya.

Desde el principio creímos que era importante cuidar los detalles y esto se hace tanto desde el punto de vista material, como desde el punto de vista psicológico o emocional.

Como sabéis, para rodar una película, una de las primeras tareas es localizar exteriores. Por eso en primer lugar hemos intentado cuidar los espacios. Conseguir un Aula confortable, alejada de los problemas del patio, un lugar protegido en el que las mujeres puedan sentir que la cárcel se queda a las puertas. Pero también hemos ocupado otros espacios con motivo de los Talleres, nos hemos expandido cuanto hemos podido, en el polideportivo, el taller de audiovisuales, el taller de pintura, el patio...

Hemos cuidado la puesta en escena, las actividades, las dinámicas, los medios técnicos a nuestro alcance, hemos adornado el Aula con sus dibujos, con sus trabajos, en definitiva hemos intentado dar una atmósfera nutritiva y cálida a los escenarios.

También hemos estado atentas a los complementos. De la misma forma que cuando cualquiera de nosotras vamos a un congreso y nos gusta recibir una carpeta, una documentación, un carnet que nos identifica. A las chicas les contamos el primer día que íbamos a iniciar un viaje juntas, en el que lo más importante era atrevernos a explorar cómo somos por dentro. Así que les dimos un kit de exploradoras. Una carpeta que pudiera contener las Sesiones a medida que las íbamos trabajando, una libreta para ir apuntando sus dudas, sus ejercicios, sus sugerencias, unos folios de colores y pinturas para trabajar en las distintas propuestas... y todo ello con el logo de Ser mujer.es.

En definitiva intentamos crear una marca, unos símbolos con significado, para que pudieran sentirse partícipes de algo nuevo y distinto. Y cuando se terminó el trabajo les dimos su diploma, su certificado, un punto de libro, algún detalle...

Hemos estado muy atentas a las relaciones, a las que se desarrollaban entre nosotras mismas (el grupo de trabajo), a las que establecíamos con ellas, a los pequeños conflictos que podían surgir en cualquier dinámica de grupo. Y hemos intentado en ese sentido aportar calidad y también calidez, que tanta falta nos hace a todas.

Y por último hemos celebrado por todo lo alto las Fiestas, que es un elemento tan necesario como el que más. La Fiesta inaugural y la de Graduación, por supuesto, pero también hemos aprovechado otros eventos, el cumpleaños de alguna de las chicas, una merienda por sorpresa, algún cine con palomitas.

### SER O NO SER, ESA ES LA CUESTIÓN.

Y ya para terminar, hemos venido a unas Jornadas cuyo Título era ¿Es posible una intervención profesional? Ese es el Ser o no ser de nuestra institución. Obviamente nuestra respuesta es sí y no sólo por lo que acabamos de exponer, sino por la cantidad de experiencias que conocemos de otros Centros o que habéis ido contando en las Jornadas a lo largo de los años. Hay muchos profesionales de nuestra institución que llevan años implementando programas de tratamiento. Otra cosa es analizar las dificultades, los resultados, y las condiciones en las que esa intervención se desarrolla.

¿Cuáles han sido para nosotras las claves para poder realizar el Ser Mujer?

**Crear la República independiente** o lo que es lo mismo implicarse con un grupo de

trabajo comprometido. Cuando abordamos una intervención de estas características, hacemos inevitablemente algo arriesgado, nos salimos de nuestra zona de confort. Abandonamos por un momento nuestras tareas rutinarias, dejamos los pcedés, los pps, las familias, las juntas y nos enfrentamos a algo nuevo y desconocido. Nos asaltan los miedos y las dudas ¿seré capaz de llevar una sesión? ¿saldrá bien esta dinámica? ¿qué hago si pasa esto o aquello...? Atreverse a hacerlo a pesar de los miedos tiene la ventaja de que se renueva nuestra capacidad de aprendizaje, de que crecemos personal y profesionalmente hablando. Y eso es muy difícil hacerlo en solitario. En este viaje que hemos hecho con las mujeres, hemos aprendido cosas de nosotras mismas que no sabíamos y juntas, hemos pasado momentos de apuro, nos hemos alegrado y hemos compartido los momentos de las luces y los de las sombras. Ha sido un viaje largo y bonito y estamos convencidas de que ha merecido la pena.

**Visibilizar** es una necesidad que hay que aplicar con todo lo que tiene que ver con las mujeres. Extender la experiencia lo más posible, intra y extramuros. Nuestra participación en estas Jornadas de Almagro y esta reseña que enviamos para el Libro que las resume, es nuestra aportación para el logro de este objetivo.

**Actuar**, actuar y actuar, se diría que la expresión que acude a la mente es la de “contra viento y marea”, pero este año pasado hemos aprendido que se pueden utilizar los vientos y las mareas a nuestro favor, surfeando por entre los inconvenientes.

Así que desde Valencia os deseamos que tengáis la fuerza para actuar y por supuesto que tengáis buenas olas.

## REINSERCIÓN EN EL CENTRO DE INSERCIÓN SOCIAL “GUILLERMO MIRANDA”- MURCIA “El último esfuerzo por el 25.2”

Sofía Álvarez González. Educadora CIS Murcia.  
Jesús J. García Jiménez. Subdirector CIS Murcia.

Mientras la Constitución Española de 1978 -la Ley General Penitenciaria y el Reglamento- no digan otra cosa por vía de reforma, el objeto y objetivo de las penas privativas de libertad sigue siendo la reeducación y la reinserción social del penado. En este marco encuadramos el lienzo que se despliega desde el C. I. S “Guillermo Miranda” en forma de actividades terapéuticas, formativas y ocupacionales.

La ponencia que se inicia a continuación aspira a presentar de un modo sintético y elocuente el elenco de propuestas que llevamos a la práctica en nuestra institución.

Los internos procedentes de los Centros Penitenciarios al atravesar el umbral del CIS pasan a ser considerados residentes. En la documentación remitida junto con el interno encontramos el PROGRAMA DE INTERVENCIÓN Y TRATAMIENTO, y nuestra tarea se encamina a poner en ejecución las orientaciones allí recogidas.

El Programa de intervención y tratamiento contiene referencias claras del delito objeto de la condena, rasgos de personalidad del penado, del entorno familiar y social, así como información relevante sobre su experiencia profesional.

El perfil del residente tipo que llega al CIS se caracteriza por lo siguiente:

- **Tipo de delito:**
  - CSP, Contra personas/propiedad, Seguridad Vial, Impago Pensiones, Estafas, Lesiones, V.G., Ag. Sexual.
- **Rasgos de personalidad:**
  - Drogadicción, impulsividad, rasgos antisociales.
- **Situación formativo-laboral:**
  - Sin estudios básicos concluidos, extranjeros sin controlar el idioma español, escasa formación laboral, sin formación en búsqueda de empleo básica.

- **Situación socio-familiar:**

- Apoyo familiar, con entorno desfavorable, frecuentes conflictos familiares, con economía precaria.

## PROGRAMA DE INTERVENCIÓN.

### I.- DERIVACIÓN AL EXTERIOR:

El C. I. S. desarrolla un Programa de Intervención en una doble vertiente, interna y con proyección exterior. El objetivo del centro como etapa final antes de la libertad es que todos los residentes alcancen salida exterior de forma periódica, facilitándole con ello poder superar las dificultades de la vida en libertad, con nuestro apoyo y asesoramiento.

Los tres motivos de salida al exterior son:

1. Trabajo.  
En aquellos supuestos en los que el residente se halla en posesión de un precontrato, es informado de la documentación precisa y los pasos que debe realizar para ejercer la actividad correspondiente.
2. Formación laboral.
3. Atención familiar.

### II.-PROGRAMA DE INTERVENCIÓN INTERIOR:

El programa de intervención intra-cis intenta cubrir todas las esferas del residente, para facilitar su reinserción, desde el nivel de personalidad, formativo y familia. Para ello se ha diseñado tres bloques de actividades: Relaciones con el exterior, actividades generales y actividades específicas.

#### 1. Relaciones con el exterior:

Lo primero al ingresar es actualizar toda su documentación: DNI, carnet del paro, cartilla del médico, empadronamiento, carnet de conducir, etc.

#### 2. Actividades generales:

- 1.- Grupos de autoayuda.
- 2.- Talleres de habilidades sociales.
- 3.- Actividades deportivas y ocupacionales: cuero, alfombra, camisetas y música.
- 4.- Taller de Teatro.
- 5.- Voluntariado con ONGs: Protectora de Animales, Centro de Discapacitados, Residencia de Ancianos y Fundación Síndrome de Down.
- 6.- Intervención familiar general.

#### 2.1.- Grupos de Autoayuda:

Actividad angular de toda la intervención en el CIS, ya que todos los residentes están distribuidos en grupos (hay un total de 8), donde se organizan por grupos distintas actividades como la limpieza y la coordinación y apoyo para realizar el resto. Estos grupos se les denomina UTE (Unidad Terapéutica Educativa), tienen asignado un profesional que es su tutor, y hay nombrados dos residentes como los Apoyos del grupo. El tutor es su profesional de referencia, el que los conoce en profundidad, y al que deben acudir para solucionar sus problemas. Los apoyos son residentes expertos, que les facilita su adaptación, y colaboran con el tutor para que cada residente realice sus actividades.

El grupo UTE se reúne con su tutor una vez a la semana, durante un periodo de 2 horas (todos los grupos del CIS lo hacen el mismo día, a la misma hora), realizando el grupo de Auto-ayuda, con los siguientes objetivos:

- Reconocimiento del delito, identificando factores que han influido.
- Planificación del futuro.
- Apoyo a dificultades actuales, analizando las salidas de fin de semana y los permisos.

#### 2.2.- Taller de Habilidades Sociales:

Todos los residentes participan de esta actividad, considerándose una carencia fundamental en esta población, caracterizado por:

- Realizado por voluntarios.
- Programa de 9 meses de duración.
- Grupos abiertos, donde los ingresos se van incorporando a los distintos grupos.

#### 2.3.- Actividades deportivas y Ocupacionales:

Con actividades deportivas como: fútbol, pinpon, baloncesto, senderismo, etc., y con actividades ocupacionales como: cuero, alfombras, camisetas, música, etc., se persiguen los siguientes objetivos:

- Actividades Prosociales.
- Ocio sano.
- Relaciones afectivas positivas.
- Relación con NO penados.
- Cooperación, creatividad y aumentar su autoestima.

#### 2.4.- Taller de teatro:

Esta actividad consiste en el ensayo y representación de obra teatral con posterior charla-coloquio en los Institutos de Ed. Secundaria sobre conductas de riesgo, relacionadas con las drogas, SIDA, alcohol y seguridad vial.

Los objetivos que se persiguen son los siguientes:

- El penado tome conciencia de las conductas de riesgo
- Sensibilización de los jóvenes como actividad prosocial
- Aumento de autoestima.

### 2.5.- *Voluntariado con ONG's.*

Los residentes participan como voluntarios de distintas ONG's, con salida diaria, realizando actividades de colaboración. Las ONG's son las siguientes:

- Protectora de animales.
- Centro de discapacitados.
- Residencia de ancianos.
- Fundación de Síndrome de Down.

Los objetivos que se persiguen son variados, destacando:

- Desarrollo de la empatía y capacidad de ayuda.
- Hábitos laborales.
- Encuentros prosociales y relaciones en el exterior.
- Habilidades sociales y aumento de la autoestima.

### 2.6.- *Intervención familiar general:*

I. Día de la familia: Reunión anual en el CIS con los familiares de cada grupo UTE.

- OBJETIVOS:
- Presentación de los objetivos del CIS, y de las actividades.
- Presentar al equipo de profesionales.
- Conocer y evaluar a las familias.
- Demostrar los cambios de actitud de los residentes, con reflexiones pro-sociales.
- Solicitud de compromiso de colaboración de las familias.
- Visita al centro.
- Reforzar las conductas positivas de los residentes y aumentar su autoestima.

II. Convivencias familiares: Encuentros fuera del CIS con los familiares de cada grupo UTE (comidas, senderismo, etc.)

### 3. **Actividades específicas:**

Las actividades específicas se diseñan en función del perfil del residente según la evaluación realizada al ingreso, a través de entrevista de los profesionales, y principalmente, revisión del expediente.

Se realizarán programas estructurados, con sus sesiones y objetivos propios, como los siguientes:

1. Terapia de Control de Impulsos.
2. Programa contra la Violencia de Género.
3. Curso de Seguridad Vial.
4. Programa para el Control de la Agresión Sexual.

Dentro de las actividades específicas queremos resaltar otros que se han desarrollado de manera especial, adaptándolos a las características del centro y su población:

### 5. **Terapia Drogodependencia:**

Previo a la realización de la terapia específica se ha creado una fase de motivación al tratamiento, consistente en 6 sesiones, donde el profesional (realizado por ONG's especializados), los conoce y decide su derivación, optando a las siguientes posibilidades:

- Alta terapéutica.
- Derivación a Centro de Día.
- Derivación a Terapia en Grupo Nocturno.
- Derivación a Comunidad Terapéutica (art. 182).
- No intervención por imposibilidad cognitiva, idioma, o motivacional.

### 6. **Formación educativa:**

- Reglada: Impartida por profesores de la Consejería de Educación.
- No reglada: Se han organizado distintas actividades con el objetivo de cubrir todas las necesidades, y a todos los residentes. Son las siguientes:
  - Lecto-escritura.
  - Español para extranjeros.
  - Informática.
  - Inglés.
  - Autoescuela.

Las claves para poder desarrollar con éxito esta actividad es la coordinación entre profesionales y voluntarios, el apoyo de otros residentes, y adaptar el material al nivel de los residentes.

### 7. **Inserción laboral:**

La inserción laboral se divide en tres escalones:

1. Formación laboral:
  - Actividad formativo-laboral en CIS.
  - Cursos formativos en el exterior (financiado por Fundación La Caixa).



2. Inserción:

- Formación en inserción, itinerarios, currículum, etc. Esta actividad la realizan los profesionales de las ONG's que colaboran.

3. Acompañamiento:

- Acompañar en la búsqueda de empleo, fomentado principalmente por el programa REINCORPORA y SAL.

**8. Intervención familiar específica:**

Para dar respuesta individualizada a las problemáticas singulares de residentes determinados, mediando en los conflictos familiares y proponiendo contratos terapéuticos para su resolución.

**INGREDIENTES BÁSICOS.**

Como conclusión indicar que este proyecto se hace realidad gracias a la conjunción de multitud de factores que lo facilitan, de los que debemos resaltar los imprescindibles, siendo los siguientes:

1. Trabajo en equipo.
2. Evaluación continuada.
3. Trabajar sobre:
  - Aptitudes.
  - Actitudes.
  - Habilidades.
  - Entorno.
4. Colaboración indispensable con:
  - Voluntarios.
  - Universidad.
  - Recursos comunitarios.
  - FAMILIA.