

Tesis Doctoral

Más allá de la "Resolución WHA49.25":

FACTORES de RIESGO de VIOLENCIA AUTOINFLIGIDA e INTERPERSONAL en POBLACIÓN PENITENCIARIA

Realizada por:

Ruth López Barrachina

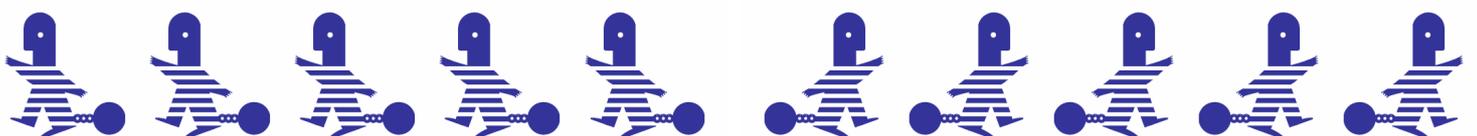
Directora de Tesis:

Dra. Dolores Serrat



©2009

DEPARTAMENTO de MEDICINA LEGAL de la UNIVERSIDAD de ZARAGOZA





DOÑA DOLORES SERRAT MORÉ, profesora titular del Departamento de Anatomía Patológica, Medicina Legal y Forense y Toxicología, de la Facultad de Medicina de la Universidad de Zaragoza.

CERTIFICA:

Que **Doña Ruth López Barrachina** ha realizado bajo su dirección el trabajo de investigación recogido en la memoria titulada **“MÁS ALLÁ DE LA RESOLUCIÓN WHA.49.25: FACTORES DE RIESGO DE VIOLENCIA AUTOINFLIGIDA E INTERPERSONAL EN POBLACIÓN PENITENCIARIA”**, el cual se corresponde con el proyecto aprobado en su momento, y reúne las condiciones necesarias para optar al grado de Doctor en Medicina y Cirugía.

Y para que conste, firma el presente certificado en Zaragoza a 14 de mayo de 2009.



Prof. Doña Dolores Serrat Moré

	Pg
Agradecimientos	6
RESUMEN	8
INTRODUCCIÓN	10
Agresividad, Violencia y Peligrosidad.....	11
Tipos de Violencia.....	20
Violencia: un problema de Salud Pública	23
Bibliografía.....	28
OBJETIVOS e HIPÓTESIS	31
POBLACIÓN y MÉTODOS	34
<u>Diseño de la Investigación</u>	35
Características de la Investigación	36
Tamaño Muestral	36
<u>Diseño de la Encuesta</u>	38
Características Generales	39
Búsqueda de los Ítems (variables)	39
Pre – test	39
Modificaciones realizadas en el Pre – test	40
Partes Específicas	40
<u>Centros Participantes</u>	46
<u>Trabajo de Campo Inicial</u>	49
<u>Datos de Participación</u>	51
<u>Labor de recogida de datos en prisiones</u>	54
<u>Criterios de Inclusión – Exclusión y de Anulación</u>	56
Criterios de Inclusión – Exclusión de los Casos.....	57
Criterios de Inclusión – Exclusión de los Controles	57
Criterios de Anulación de las Encuestas	57
<u>Datos Penitenciarios</u>	58
<u>Datos Sociodemográficos</u>	60
Datos Sociodemográficos de los Casos.....	61
Datos Sociodemográficos de los Controles	63
<u>Tasas de No Respuesta</u>	66
Tasas de No respuesta en los Casos	67
Tasas de No respuesta en los Controles	68

<u>Análisis Estadístico</u>	69
Variables	70
Base de Datos	70
Análisis de los Datos	70
Nivel de Significación Estadística.....	71
<u>Búsqueda Bibliográfica para la Comparación de Resultados</u>	72
CONSIDERACIONES ÉTICAS	74
CRONOGRAMA	77
ANÁLISIS de los FACTORES de RIESGO (incluye Resultados, Discusión, Conclusiones y Bibliografía de cada una de las variables)	79
Antecedentes de Enfermedad Mental	80
Enfermedades Médicas (Epilepsia, TCE, ACV)	88
Violencia Autoinfligida (Riesgo de Suicidio, Tentativas, Autolesiones)	95
Trastornos de la Personalidad	108
Estancia en Prisión	121
Delitos Violentos	131
Antecedentes Delictivos Familiares.....	140
Impulsividad y Violencia.....	147
Drogodependencias.....	157
Abuso de Alcohol.....	165
Juego Patológico	173
Historial de Abusos	181
Tatuajes.....	192
Estructura Familiar en la Infancia.....	199
Personalidad.....	206
VENTAJAS y LIMITACIONES	211
CONCLUSIONES FINALES	215
TRABAJOS DERIVADOS de la TESIS	221
Comunicaciones a Congresos	222
Premio de Investigación.....	227
INVERSIÓN ECONÓMICA	229

ANEXOS	231
Anexo I: Encuesta.....	232
Anexo II: Carta de Petición de Colaboración en la Investigación.....	252
Anexo III: Respuesta de la D.G.I.I.P.P.....	254
Anexo IV: Cartel de Publicidad de la Encuesta	256
Anexo V: Modelo de Consentimiento Informado	258
Anexo VI: Validación de las Preguntas y Escalas de la Encuesta	260

Agradecimientos

Porque sin su colaboración este trabajo nunca se hubiera realizado, y porque los investigadores deberíamos tener siempre presente que el trabajo de campo, más allá del mero valor científico, proporciona enriquecedoras experiencias y hermosos sentimientos; quiero transmitir mi más sincero agradecimiento a todos los internos e internas de los Centros Penitenciarios de Daroca y Zuera que aceptaron participar en esta tesis doctoral. Y les deseo, de todo corazón, que el mejor profeta de su futuro no sea su pasado.

No quisiera olvidarme del Dr. José Aso, que me orientó en la idea inicial de la tesis, tras haber asistido a sus magníficos cursos de doctorado y que me puso en contacto de la que sería mi directora de tesis.

A mi directora de tesis, la Dra. Dolores Serrat, a la cual admiro por su entusiasta entrega en todos los proyectos que inicia, por su versatilidad y su gran profesionalidad, le doy las gracias por el constante ánimo que me transmitió durante el largo periodo de realización de este trabajo y por los sabios consejos que intentó darme.

Deseo corresponder con amistad y el mayor de los afectos al Dr. José Manuel Arroyo, por sus desvelos para que pudiera obtener los permisos de acceso a las dos prisiones; por hacer, en definitiva, que todo fuera más fácil allí dentro. Con su buen hacer y el apasionamiento que diariamente derrocha en un entorno tan hostil como la cárcel, se ha convertido en un referente para todos los jóvenes investigadores del medio penitenciario.

Quede constancia de mi reconocimiento al Dr. García Latas, puesto que fue quien primera vez abrió a mis ojos las puertas de la prisión y me rebeló el particular mundo que se esconde en su interior.

También hay otros profesionales, como el Dr. José González, que sin trabajar directamente en prisión, ocupan sus días en atender a muchas de las personas inmersas en la marginalidad y que tan abandonados están por la sociedad. Por eso, le transmito mi cariño y mi admiración sincera por su gran labor.

Al Dr. Vicente Rubio, mi gratitud por dejarme ser “una de las chicas de Vicente” (casi al mismo nivel que las chicas de Almodóvar”) y acentuar mi sesgo epidemiológico hacia la Salud Mental.

A todos los que me pusieron trabas e inconvenientes (unas veces injustificados y otras, quizás las más, completamente lícitos) durante toda la realización de la tesis, les digo, con sinceridad y sin rencor: gracias por ayudarme a superarme día a día.

A las mujeres, porque son las que educan a los hombres, para que enseñen a sus hijos que la persona más valiente es la que resuelve sus conflictos desde la no violencia.

Les dedico esta tesis doctoral, especialmente, a las siguientes personas:

- Al soldado Don Jesús Barrachina, mi abuelo, preso de la intolerancia y la barbarie de “las dos Españas”, que muriendo ciego, jamás dejó de ver la parte realmente importante de la vida: las pequeñas cosas.
- A la “granaína” con más salero de Zaragoza, Doña Ana Fernández, mi abuela, reclusa de su género y de las condiciones socioeconómicas de una época lejana, que está más reciente de lo que parece; y que aún así nunca dejaron huella en la bondad de su corazón.
- A mi padre, Don Manuel López, que me inculcó desde muy pequeña el valor de las tareas bien hechas y a considerar mi trabajo como una fuente de felicidad, más que como un castigo divino.
- A mi madre, Doña Begoña Barrachina, que me dio la vida y me dirigió sutilmente por las sendas de Esculapio.
- A Don Laureano Lafuente, mi suegro, por su santa paciencia y los “miles de kilómetros” que hicimos en su coche para ir repartiendo y recogiendo las encuestas.
- Al Dr. Oscar Lafuente, mi compañero del alma durante más de una década, porque las grandes obras nunca son el fruto de una sola persona; porque cuando hay que trabajar duro es más divertido si eres dos y porque cuando la tarea se hace tan grande que amenaza con caérsete encima, un hombro amigo es el mejor remedio para volver a coger fuerzas y seguir adelante.

RESUMEN



La violencia tiene importantes connotaciones en el campo de la Medicina Legal, de la Psiquiatría y de la Salud Pública. Desde hace mucho tiempo se han tratado de identificar los factores relacionados con este problema, pero no se han establecido predictores válidos sobre violencia futura. Con el fin de contribuir al pronóstico de la violencia de los sujetos con historia delictiva, se diseñó un cuestionario autoadministrado que recogía los principales factores de riesgo. Éste se aplicó a una muestra de 239 internos de las cárceles de Daroca y Zuera. Los datos obtenidos se compararon con los hallados en una muestra de población general de 494 personas. Todas las variables estudiadas tuvieron una prevalencia más alta en los presos. La enfermedad mental más frecuente fue la depresión; el traumatismo craneoencefálico, el antecedente de enfermedad médica más referido; los cortes y quemaduras, las autolesiones más reconocidas. Bastantes reclusos presentaron un riesgo moderado – alto de suicidio, así como una alta frecuencia de tentativas previas. Los trastornos de personalidad más frecuentes fueron el Obsesivo – Compulsivo y el Narcisista. Los internos de Daroca eran los más “prisionizados”. El tipo de sanción más recurrente fue el aislamiento en celda. Se estableció relación entre la comisión de delitos violentos y altas puntuaciones en la “Escala de Violencia” de Plutchik. El delito violento más frecuente fue el atraco. La mayoría de los presos tenían una herencia criminal, principalmente en la figura del hermano. Los reclusos resultaron ser más violentos que impulsivos. Se relacionó la violencia con el alcohol. El consumo de drogas dentro de la cárcel era muy alto y un gran porcentaje de los presos estaba incluido en programas de desintoxicación. Se encontró una alta prevalencia de ludopatía. Los internos habían sufrido maltrato infantil en muchos casos (les pegaban casi todos los días), pero no reconocían la figura del agresor. Los tatuajes eran una práctica común entre los encarcelados. El neuroticismo predominaba en la población penitenciaria. La sinceridad del conjunto de la muestra fue aceptable. En la inmensa mayoría de las variables estudiadas relacionadas con la violencia, se obtuvieron resultados similares a los de otros trabajos.

INTRODUCCIÓN

Agresividad, Violencia y Peligrosidad

Tipos de Violencia

Violencia: un problema de Salud Pública



**Agresividad, Violencia
y Peligrosidad**



“La biología nos hace agresivos; pero es la cultura la que nos hace pacíficos o violentos”.

JOSÉ SANMARTÍN

(Catedrático de Filosofía de la Ciencia y Director del “Centro Reina Sofía” para el Estudio de la Violencia)

Conviene distinguir el concepto de *“peligrosidad”*, que es un término jurídico, de los de *“agresividad”* y *“violencia”*. Estos dos últimos se emplean de forma similar, lo que genera confusión¹.

Son muchos los autores que han preconizado que el agresivo nace^{2,3}. Entre ellos se encuentra Konrad Lorenz, naturista y etólogo austriaco y sus muchos adeptos. En 1963, basándose en minuciosos estudios del comportamiento en animales, sobre todo aves y peces, y siguiendo las pautas darvinistas de la evolución, consideró la agresión humana (al igual que la animal) una energía instintiva inagotable con la misión de conservar y mantener la longevidad de la especie⁴.

La agresividad es un instinto y, por consiguiente, un rasgo seleccionado por la naturaleza porque incrementa la eficacia biológica de su portador y se da entre especies distintas (relacionada con la alimentación) o dentro de la misma especie (agresividad defensiva u ofensiva). Es este segundo tipo de agresividad el que inquieta al ser humano, puesto que un animal mate a otro de una especie distinta para alimentarse entra dentro de lo normal⁵.

Existen una serie de factores biológicos que hacen agresivo al ser humano. La comunidad científica está de acuerdo hoy en día en que cantidades bajas de serotonina en el cerebro se correlacionan con conductas agresivas, y que una baja actividad en algunas zonas (como la llamada *“corteza orbitofrontal”*) o una alta actividad en estructuras que están debajo de la corteza cerebral (como la *amígdala*), se correlacionan con conductas que, en ocasiones, son altamente agresivas⁶.

Para Sanmartín (2006) la biología está encorsetada por la cultura que se ha ido creando en el transcurso de la historia. La cultura puede inhibir la agresividad. Pero también hipertrofiarla, que de ser un instinto al servicio de la supervivencia, puede pasar a ser una conducta intencionalmente dañina para otro ser humano por razones

muy distintas de la propia eficacia biológica. Cuando tal cosa sucede, no se habla de “agresividad”, si no de “violencia”. Sin embargo, decir que el hombre es agresivo por naturaleza no conlleva aceptar que también por naturaleza sea violento. No hay violencia si no hay cultura⁷. La violencia no es un producto de la evolución biológica, la “bioevolución”; si no que es un resultado de la evolución cultural, la “tecnoevolución”, porque la técnica ha jugado un papel decisivo en la configuración de la cultura⁸.

BINOMIO AGRESIVIDAD – VIOLENCIA de SANMARTÍN (2002)³

“Imaginemos un segmento de una línea recta. Llamemos **B** a un extremo y **C** al otro. **B** es la biología; **C** es la cultura. Pues bien, agresividad y violencia forman un continuo en ese segmento. **B** es el extremo de la agresividad; todo en ella es biología. Conforme vamos avanzando hacia **C**, se va pasando por algunos puntos en los que cada vez hay menos biología y cada vez hay más cultura, hasta llegar a **C**, donde sólo hay cultura. Como estamos ante un continuo será imposible determinar con precisión en qué punto concreto la agresividad da paso a la violencia. Usando un criterio amplio, se podría decir que tal cosa sucederá cuando el instinto de agresividad se desequilibre, volviéndose dañino para individuos de la misma especie. En un sentido estricto, cuando tal desequilibrio se produzca sólo por motivos de tipo cultural”.



Pero que la violencia sea consustancial a la vida humana⁹ no significa que tenga justificación y que se tenga que admitir como inevitable. La agresividad es inevitable, pero perfectamente evitable y prevenible es la violencia¹⁰. Basta cambiar los aspectos de la cultura que, en interacción con la biología, la motivan⁵.

Bien cierto es, no obstante, que en la cultura hay factores que propician comportamientos violentos. Uno de ellos, importantísimo, es el uso sistemático y metódico de herramientas para construir con ellas un “supramedio artificial” al que típicamente se adapta el hombre⁵.

El ser humano se ha ido alejando del entorno natural y paulatinamente se ha amoldado a un entorno artificial por él mismo creado. A ese proceso se denomina en sentido estricto “civilización”¹¹.

Muchas de las herramientas o instrumentos con los que se ha erigido la civilización son, por lo menos, bivalentes: han servido para el bien o para el mal. La misma lasca que sirve para cortar el cuero puede usarse para atacar a otro ser humano. Así que los instrumentos son productos de la cultura que alteran la naturaleza. Entre ellos figuran las armas: artefactos de muerte. Con ellas no sirve aquello de que todo instrumento es dual: las armas sólo sirven para el mal, su uso incide sobre la agresividad natural y la trastoca en violencia¹².

Se ha señalado que la violencia es algo más que un hecho que provoca daño o causa la muerte¹³, que consiste en hechos cotidianos y rutinarios¹⁴, y que se puede producir como resultado del uso del poder¹⁵, del cual es inseparable¹⁶.

Para Echeburúa (1994) la violencia tiene un carácter destructivo sobre las personas y objetos y supone una profunda disfunción social¹⁷.

Sanmartín (2006) dice que la “violencia” es cualquier acción (o inacción) que tiene la finalidad de causar un daño (físico o no) a otro ser humano, sin que haya beneficio para la eficacia biológica propia. Lo característico de la violencia es su gratuidad desde un punto de vista biológico y su intencionalidad desde un punto de vista psicológico: no hay violencia si no existe intención de dañar. Además, el goce con el sufrimiento ajeno es un rasgo exclusivo de nuestra especie¹¹.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la violencia es “el uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de producir lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”¹⁸.

La definición usada por la OMS vincula la intención con la comisión del acto mismo, independientemente de las consecuencias que se producen. La inclusión de la palabra “poder” y de la frase “uso intencional de la fuerza física”, amplía la naturaleza de un acto de violencia, así como su comprensión convencional para dar cabida a los actos que son el resultado de una relación de poder, incluida en las amenazas y la intimidación.

Decir “uso del poder” también sirve para incluir el descuido o los actos por omisión, además de los actos de violencia por acción, más evidentes. Por lo tanto, debe entenderse que “el uso intencional de la fuerza o poder físico” incluye el descuido y todos los tipos de maltrato físico, sexual y psíquico, así como el suicidio y otros actos de autoagresión.

Esta definición cubre una gama amplia de consecuencias, entre ellas los daños psíquicos, las privaciones y las deficiencias del desarrollo. Esto refleja el reconocimiento cada vez mayor, por parte de los investigadores y los profesionales, de la necesidad de incluir los actos de violencia que no causan por fuerza lesiones o la muerte, pero que a pesar de todo imponen una carga sustancial a los individuos, las familias, las comunidades y los sistemas de asistencia sanitaria en todo el mundo.

Uno de los aspectos más complejos de la definición es el de la intencionalidad. A este respecto, cabe destacar dos puntos importantes. Primero, aunque la violencia se distingue de los hechos no intencionales que ocasionan lesiones, la presencia de la intención de usar la fuerza no significa necesariamente que haya habido la intención de causar daño. En efecto, puede haber una considerable disparidad entre la intención del comportamiento y las consecuencias intentadas. Una persona puede cometer intencionalmente un acto que, a juzgar por normas objetivas, se considera peligroso y con toda probabilidad causará efectos adversos sobre la salud, pero puede suceder que el autor no los perciba como tales.

El segundo punto relacionado con la intencionalidad radica en la distinción entre la intención de lesionar y la intención de "usar la violencia". La violencia, como se ha visto, está determinada por la cultura^{5,7}. Algunas personas tienen la intención de dañar a otros pero, por sus antecedentes culturales y sus creencias, no consideran que sus actos sean violentos. No obstante, la OMS define la violencia teniendo en cuenta su relación con la salud o el bienestar de las personas. Ciertos comportamientos, como golpear al cónyuge, pueden ser considerados por algunas personas como prácticas culturales admisibles, pero se consideran actos de violencia con efectos importantes para la salud de la persona¹⁹.

La definición lleva implícitos otros aspectos de la violencia que no se enuncian en forma explícita. Por ejemplo, incluye todos los actos de violencia, sean públicos o privados, sean reactivos (en respuesta a acontecimientos anteriores, por ejemplo, una provocación) o activos (que son decisivos para lograr resultados más favorables para el agresor o para anticiparse a ellos) y tanto si tienen carácter delictivo como si no lo tienen. Cada uno de estos aspectos es importante para comprender las causas de la violencia y elaborar programas de prevención²⁰.

Aclarados los términos de "agresividad" y "violencia", es hora de abordar el concepto de "peligrosidad", cuya compilación de definiciones es muy amplia.

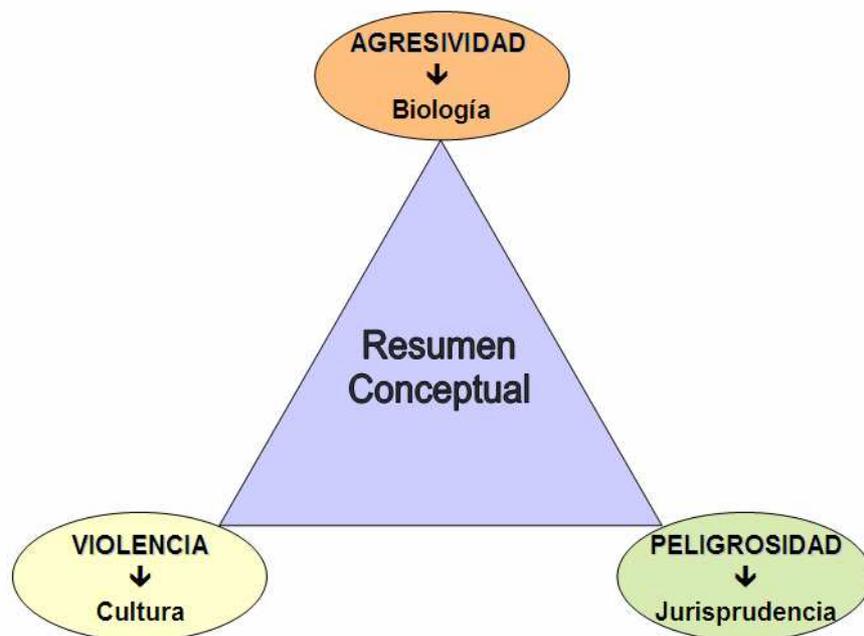
La "peligrosidad" ha sido definida como la condición que concurre en el individuo notoriamente propenso a realizar actos antisociales o criminosos²¹.

Perol (2006) considera personas peligrosas a todas aquellas que sean capaces de infligir un daño físico o psíquico grave en los demás ya sea con amenazas o acciones²².

Para Esbec (2003), "peligrosidad" significa calidad de peligroso y "peligrosidad criminal" es la tendencia de una persona a cometer un delito (probabilidad de actos delictivos futuros), evidenciada por su conducta antisocial. Mientras que "estado

peligroso” es el conjunto de condiciones que derivan en un alto riesgo para producir un daño contra bienes jurídicamente protegidos²³.

La descripción más sencilla del término es la acuñada por el profesor Rodríguez – Devesa: “La peligrosidad consiste en una elevada probabilidad de delinquir en el futuro”²⁴.



Casi todos los sistemas penales han tratado de proteger la eventualidad de un ataque -de la entidad que fuere- a los bienes tutelados. Durante siglos, toda conducta que pusiese en peligro el *status quo* predominante, fue perseguida y castigada. Más que la presunta dañosidad de las conductas cuestionadas se castigaba por la puesta en peligro de bienes pretendidamente incuestionables. El resultado de ese estado general de peligro fue pésimo: infinidad de personas sometidas a crueles castigos -tormento, muerte, aprisionamiento, exposición pública- y el miedo comunitario a verse envueltos en un juicio inquisidor donde la carga de la prueba correspondía al investigado y el tribunal era “dueño de la verdad”. Y si ya era malo que un hombre pensase distinto, más grave era que lo hiciesen las mujeres, soporte moral del hogar²⁵.

Con la llegada del siglo XIX apareció la Psiquiatría gracias a Pinel y su discípulo Esquirol, para quienes debía disociarse entre criminales y locos²⁶. Este cambio permitió comenzar a ver de otra manera a aquellas personas que -aun habiendo llevado a cabo conductas criminales- no eran capaces de culpabilidad, debido al grado de enfermedad. A partir de entonces, algunos de los peligrosos pasaron al ámbito clínico -pero no todos- y el Derecho Penal ha sabido dar cuenta de ello, gestando un entramado peligrosista.

Raffaele Garófalo acuñó el término “*temibilidad*”, con el que designó a aquellas personas que -por sus conductas dañinas- infundían temor y miedo en la sociedad. Fue esta una visión algo distinta a la del hombre peligroso, porque éste último tenía una dirección conductual activa donde él era factor generador y desencadenante.

En cambio, el concepto “*temibilidad*” indicaba una relación inversa, proveniente de la apreciación de la comunidad respecto del sujeto temible. Cambió la finalidad de la pena al sustituir el concepto de pena – castigo por el de pena – defensa de la sociedad de acuerdo con el grado de peligrosidad y reprochabilidad del autor, marcando así la estrategia represiva de la visión sociológica del positivismo, ya que Garófalo efectuó una interpretación predominantemente de corte transversal de la sociedad, frente a la psiquiátrica de la época referida al estado peligroso vertical del individuo²⁷.

En la actualidad, se han entremezclado ambos conceptos y se los usa casi indistintamente.

Giribaldi (1947) rechazó el concepto de peligrosidad y se refirió a la importancia de una Política Criminal en armonía con el Derecho Penal, expresando: “*Huyamos de la palabra pena y digamos medio de defensa social por medio de la educación*”²⁸.

La peligrosidad carece de concepto normativo que respalde su existencia en textos penales y -tal como se estructura- pertenece al cambio introducido por la Escuela Positivista al centrar su atención en el delincuente y no en el delito. Por ello, la

peligrosidad interviene en el establecimiento de la pena en términos de diagnóstico pseudo clínico, pues representa aun una supuesta -y cuestionable- existencia de un estado mórbido. No se comparte la idea de efectuar una proyección sobre el futuro de una persona a la se denomina *peligrosa* y, conforme a ello, se le apliquen sanciones pre o post delictuales, allende la reprochabilidad que le incumbe por el acto concreto que lo somete a juicio penal. Menos aun, adoptar medidas dentro del ámbito penal con aquellas personas que -sin haber siquiera delinquido- son encomendadas al Derecho Penal como si éste fuese una clínica psiquiátrica o tuviese solución racional para el sujeto. Tal el caso de los alcohólicos crónicos, adictos a estupefacientes, enfermos mentales, etcétera, donde existen otras instancias sociales para abordar el asunto. Es sabido que los tratamientos impuestos no producen la curación como resultado, tan solo una momentánea contención que puede ser igualmente obtenida sin la intervención del Derecho Penal, ya que no debe ser un cajón de sastre donde guardemos todo lo que sobra o no se sabe dónde poner. Así, seguirá siendo testimonio vivo del caduco positivismo de hace más de cien años. Esta ampliación del Derecho Penal hacia lo clínico produce estupor a quienes creen en una ciencia penal que aplique la razón a la sin razón, como forma de racionalizar la cuestión²⁹.

Tipos de Violencia



“Lo que se obtiene con violencia, solamente se puede mantener con violencia”.

MAHATMA GHANDI

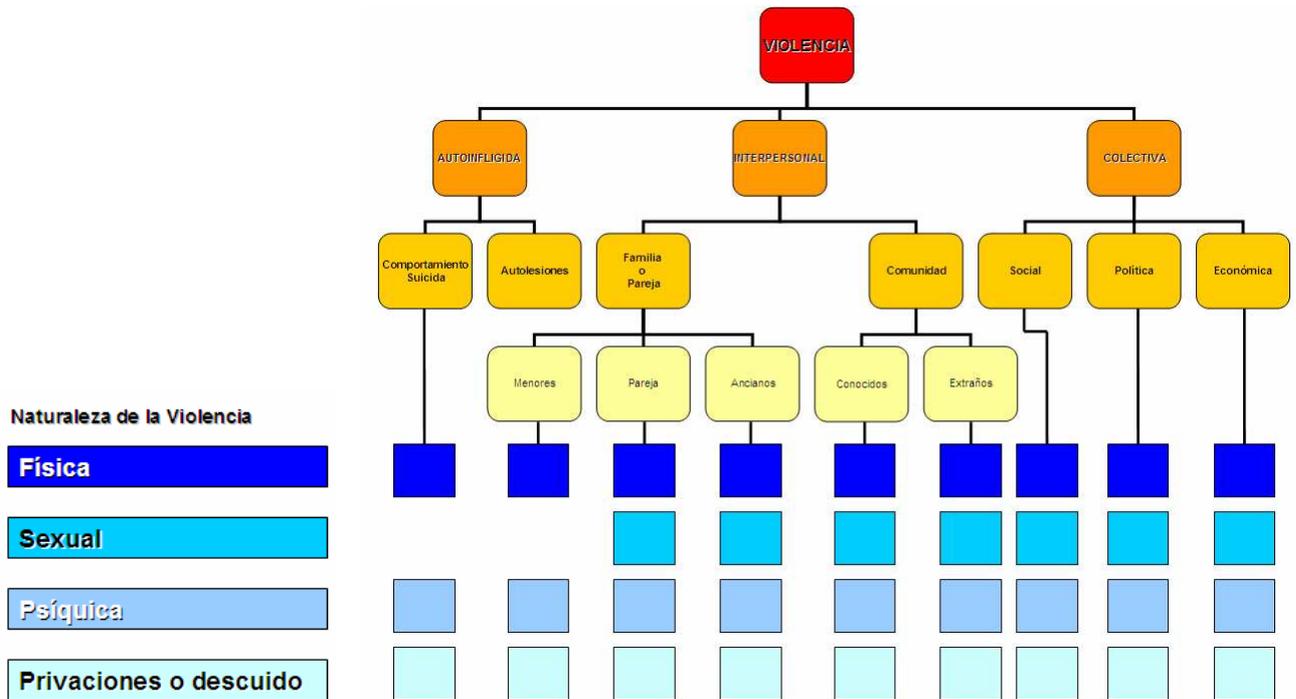
(Político y Pensador Hindú)

Existen pocas clasificaciones taxonómicas de la violencia y ninguna es completa. Según la OMS¹⁹, a través de las características de los que cometen el acto de violencia, podemos dividirla en tres categorías básicas principales: violencia autoinfligida, interpersonal y colectiva.

1. La **violencia autoinfligida o autoinferida** se refiere a comportamientos deliberados y agresivos dirigidos hacia la propia persona que pueden culminar en el suicidio. Entre otros tipos de violencia autoinferida se incluyen los intentos de suicidio y los comportamientos autodestructivos donde la intención no es provocarse la muerte (por ej., la automutilación).
2. La **violencia interpersonal** se ha definido como un comportamiento violento entre personas - conocidas o desconocidas - que puede ser caracterizado como una relación entre agredido y agresor. La violencia interpersonal puede ser clasificada de acuerdo a la edad y al sexo de la persona agredida. La violencia contra la mujer constituye un importante ejemplo de este fenómeno de presencia mundial que suele ser ignorado. Este tipo de violencia puede ocurrir dentro del seno familiar o en el interior de la comunidad y puede ser perpetrado o tolerado por el Estado. Entre otros tipos de violencia interpersonal se pueden mencionar el abuso infantil, actitudes de amedrentamiento, y el acoso y la violencia vinculada con actos criminales como el asalto y el homicidio.
3. La **violencia colectiva** consiste en comportamientos agresivos llevados a la práctica por grupos sociales o políticos motivados por objetivos específicos de carácter político, económico o social. La guerra y el conflicto armado se

encuentran entre los tipos de violencia más altamente organizados. Otros ejemplos de violencia organizada son los conflictos de origen racial o religioso o entre grupos, así como la violencia entre pandillas o integrantes de mafias.

Tipología de la Violencia según la OMS



**Violencia: un problema
de Salud Pública**



“La salud pública no ofrece todas las respuestas al problema complejo de la violencia, pero estamos decididos a desempeñar nuestro papel en su prevención a escala mundial”.

DRA. GRO HARLEM

(Política noruega y Directora General de la Organización Mundial de la Salud 1998 – 2003; palabras incluidas en el prólogo del “Informe Mundial de la Violencia y la Salud 2003”).

Podría afirmarse que la violencia siempre ha formado parte de la experiencia humana: los implacables sacrificios bíblicos, los aniquilamientos en masa de razas enteras, las guerras mundiales y otros conflictos nacionalistas y civiles modernos. Es imposible escapar del horror de las atrocidades que los hombres han cometido desde el comienzo de los tiempos los unos contra los otros. Pero no fue hasta 1985, cuando el entonces Director General de Sanidad de los Estados Unidos, el Dr. Charles Everett Koop, declaró que la violencia como problema de salud pública era una “idea nueva”³⁰.

Todavía tuvieron que transcurrir once años para que en 1996, la cuadragésimo novena Asamblea Mundial de la Salud, máximo órgano de decisión de la Organización Mundial de la Salud (OMS), adoptara la resolución WHA49.25, en la que se declaraba que la violencia es un problema de salud pública fundamental y creciente en todo el mundo. En esta resolución, la Asamblea también resaltó las graves consecuencias de la violencia, tanto a corto como a largo plazo, para los individuos, las familias, las comunidades y los países, y recalcó los efectos perjudiciales de ésta en los servicios de atención a la salud.

Esta asamblea hizo suyo el llamamiento formulado en la “Declaración de la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social” para que se introdujeran y aplicaran políticas y programas específicos de salud pública y de servicios sociales encaminados a prevenir la violencia en la sociedad y a mitigar sus efectos. También asumió las recomendaciones formuladas en la “Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, 1994) y en la “Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Pekín, 1995) para que se abordara urgentemente el problema de la violencia contra las mujeres y se entendieran sus consecuencias para la salud. Además recordó la

“Declaración de las Naciones Unidas” sobre la eliminación de la violencia contra la mujer y tomó nota del llamamiento realizado por la comunidad científica en la “Declaración de Melbourne”, adoptada en la tercera conferencia internacional sobre la lucha contra los traumatismos (1996), para que se intensificara la colaboración internacional a fin de velar por la seguridad de los ciudadanos del mundo.

La Asamblea Mundial de la Salud pidió a los Estados Miembros que consideraran urgentemente el problema de la violencia dentro de sus propias fronteras, y solicitó al Director General de la OMS que estableciera actividades de salud pública para abordar esta cuestión.

El primer “*Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud*”¹⁹, publicado en el 2003, es una parte importante de la respuesta de la OMS a la resolución WHA49.25 y constituye una contribución de primer orden a nuestro conocimiento de la violencia y de su repercusión en las sociedades. Además de ser la primera recapitulación general del problema a escala mundial, no solo presenta el tributo humano que la violencia se cobra, materializado en más de 1,6 millones de vidas perdidas cada año e innumerables más dañadas, sino que expone también las muchas caras de la violencia interpersonal, colectiva y dirigida contra uno mismo, así como los ámbitos en los que se desarrolla. Demuestra que allí donde la violencia persiste, la salud corre grave peligro. Arroja luz sobre los diversos rostros de la violencia, desde el sufrimiento “invisible” de los individuos más vulnerables de la población a la tragedia tan notoria de las sociedades en conflicto.

En el prólogo de este informe, el sudafricano Premio Nobel de la Paz, Nelson Mandela, declara que “la violencia es un legado que se reproduce a sí mismo a medida que las nuevas generaciones aprenden la misma de los anteriores, las víctimas asimilan la conducta de sus agresores y se permite que perduren las condiciones sociales que favorecen la violencia. Ningún país, ninguna ciudad, ninguna

comunidad es inmune a ella. Las personas que conviven con la violencia a diario la asumen como algo consustancial a la condición humana.”

La violencia se cobra cada año la vida de más de 1,6 millones de personas, lo que equivale a 4000 defunciones diarias. Se trata de un importante problema de salud pública, de derechos humanos y de desarrollo humano.

La violencia autoinfligida y la violencia interpersonal representan más del 80% de las defunciones relacionadas con actos violentos. Del total de muertes por causas violentas, la mitad son autoinfligidas, más de un 35% son provocadas por otra persona y más de un 11% son el resultado directo de la guerra o de otra forma de violencia colectiva.

El 90% de las defunciones atribuibles a la violencia se producen en los países de ingresos bajos y medios. Por cada muerte causada por la violencia, se registran docenas de hospitalizaciones, cientos de ingresos en los servicios de emergencia y miles de consultas médicas.

La violencia interpersonal y la violencia autoinfligida acaparan una proporción considerable de las tasas mundiales de mortalidad entre los varones de 15 a 44 años. Se estima que por cada joven que muere víctima de la violencia, entre 20 y 40 sufren traumatismos que requieren atención hospitalaria. En los menores de 25 años, la relación intentos de suicidio/suicidios efectivos puede llegar a ser de 100:1 ó 200:1.

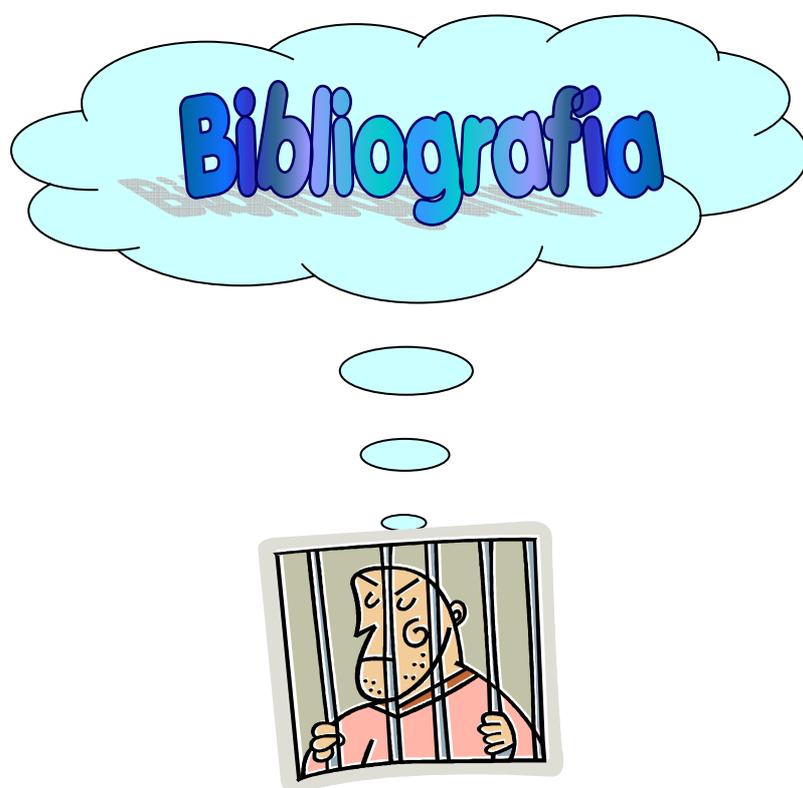
Las repercusiones sanitarias de la violencia no se limitan a los traumatismos físicos. Los efectos a largo plazo pueden incluir la depresión, trastornos mentales, intentos de suicidio, síndromes de dolor crónico, embarazos no deseados, VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual. Los niños víctimas de la violencia corren un mayor riesgo de acabar abusando del alcohol y las drogas, de convertirse en fumadores y de adoptar comportamientos sexuales de alto riesgo.

La violencia es prevenible y sus impactos se pueden reducir. Existen diversas estrategias prometedoras y de eficacia comprobada que abordan las causas

subyacentes en los individuos, las relaciones con los familiares y allegados, la comunidad y la sociedad.

Han transcurrido casi veinticinco años desde que, como se ha visto al principio de la exposición, la violencia como problema de salud pública fuera reconocida como una idea nueva. En palabras de Martin Luther King: “El hombre nació en la barbarie, cuando matar a su semejante era una condición normal de la existencia. Se le otorgó una conciencia. Y ahora ha llegado el día en que la violencia hacia otro ser humano debe volverse tan aborrecible como comer la carne de otro”. ¿Podemos decir que la “nueva idea” se ha convertido ya en una realidad plenamente aceptada como tal en la conciencia de los individuos?

El mundo todavía está aprendiendo cómo responder mejor a las diversas formas de violencia, pero hoy día es evidente que a la Salud Pública le corresponde un papel destacado. Como declaró la Asamblea Mundial de la Salud en 1981: “la función de los trabajadores de la salud en la promoción y preservación de la paz es un factor importante para lograr la salud de todos”.



- ¹ Zarza GMJ, Froján PMX. Estudio de las violencia doméstica en una muestra de mujeres latinas residentes en Estados Unidos. *Anales de Psicología* 2005; 21 (1): 18 – 26.
- ² Eibl – Eibesfeldt I. “El hombre preprogramado”. Madrid: Alianza Universidad; 1977.
- ³ Sanmartín J. “La mente de los violentos”. Barcelona: Ariel; 2002.
- ⁴ Lorenz K. “Das sogenannte Böse”. Viena: Borotha – Schoeler; 1963. (Versión castellana: Lorenz K. “La agresión. El pretendido mal”. México: Siglo XXI; 1971).
- ⁵ Sanmartín J. “El Laberinto de la Violencia”. 2ª edición. Barcelona: Ariel; 2004.
- ⁶ Niehoff D. “Biología de la Violencia”. Barcelona: Ariel; 2000.
- ⁷ Walters RH, Parke RD. Social motivation, dependency, and susceptibility to social influence. En: Berkowitz L, ed. *Advances in experimental social psychology*. Vol. 1. Nueva York, NY, Academic Press, 1964: 231–276.
- ⁸ Sanmartín J. *Tecnología y Ecología*. *Ludus Vitalis* 1997; 2: 97 – 133.
- ⁹ Horne SG. *Internacional Perspectivas on Family Violence and Abuse*. *Behavioral & Social Sciences* 2005; 29 (2): 221 – 222.
- ¹⁰ Concha – Eastman A, Krug Etienne. Informe Mundial sobre la Salud y la Violencia de la OMS: una Herramienta de Trabajo. *Revista Panamericana de Salud Pública* 2002; 12 (4): 227 – 229.
- ¹¹ Sanmartín J. “La violencia y sus claves”. 5ª edición. Barcelona: Ariel; 2006.
- ¹² Buss AH. “The Psychology of Agression”. New York: Wiley; 1961.
- ¹³ Herrenkohl TI, Maguin E, Hill KG, Hawkins JD, Abbott RD, Catalano RF. Developmental Risk Factor for Youth Violence. *Journal of Adolescent Health* 2000; 26 (7): 176 – 186.
- ¹⁴ Farrington DP, Loeber R. Some Benefits of Dichotomization in Psychology and Criminological Research *Criminal Behavior and Mental Health* 2000; 10 (5): 100 – 122.
- ¹⁵ Richman JM, Fraser MW. The Context of Violence: Risk and Protection. *Journal of Social and Clinical Psychology* 2001; 19 (4): 102 – 116.
- ¹⁶ Pedersen W, Wichstrom L, Blekesaune M. Violent Behaviors, Violent Victimization and Doping Agents: A Normal Population Study of Adolescents. *Journal of Interpersonal Violence* 2001; 16: 808 – 832.

- ¹⁷ Echeburúa E, Corral P. Adicciones psicológicas: más allá de la metáfora. *Clínica y Salud* 1994; 5: 251 – 258.
- ¹⁸ WHO Global Consultation on Violence and Health. *Violence: a Public Health Priority*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1996 (documento WHO/EHA/SPI.POA.2).
- ¹⁹ Informe mundial sobre la violencia y la salud 2003. Publicado en español por la Organización Panamericana de la Salud para la OMS, Washington, D.C.
- ²⁰ Dodge KA, Coie JD. Social information processing factors in reactive and proactive aggression in children's peer groups. *Journal of Personality and Social Psychology* 1987; 53: 1146 – 1158.
- ²¹ Moreno R. "Vocabulario de Derecho y Ciencias Sociales", Buenos Aires: Desalma; 1974.
- ²² Martínez – Arrieta A. "Psiquiatría Criminal y Comportamientos Violentos", Madrid: Consejo General del Poder Judicial (Centro de Documentación Judicial); 2006.
- ²³ Esbec E. Valoración de la Peligrosidad Criminal (Riesgo de Violencia) en Psicología Forense. Aproximación Conceptual e Histórica. *Psicopatología Clínica Legal y Forense* 2003; 3 (2): 45 – 64.
- ²⁴ Carrasco JJ, Maza JM. "Manual de Psiquiatría Legal y Forense". 2ª ed. Madrid: La Ley-Actualidad; 2003.
- ²⁵ Maltzman DC (Editor y Coautor). "Violencia y Peligrosidad en la Sociedad de Hoy". Montevideo; 2002.
- ²⁶ Corona G. "El proceso de la Psiquiatría". México: Herrero Hnos; 1972.
- ²⁷ García – Pablos A. "Manual de Criminología". Madrid: Espasa Calpe; 1988.
- ²⁸ Giribaldi A. "La última orientación en el Derecho criminal en la Justicia Uruguaya", t. XV. Montevideo; 1947.
- ²⁹ Hassemer W. *Persona, mundo y responsabilidad*". Valencia: Tirant lo Blanch; 1999.
- ³⁰ Public Health Service, U.S. Department of Health and Human Services, Surgeons General's Workshop of Violence and Public Health; Report, (Rockville, MD: Human Resources and Services Administration, 1986), DHHS Pub. No. HRS – D – OMC 86 – 1.

OBJETIVOS e HIPÓTESIS

Objetivos Principales y Secundarios

Hipótesis



OBJETIVOS

OBJETIVO PRINCIPAL

Demostrar que los principales factores de riesgo de violencia autoinfligida e interpersonal son más prevalentes en sujetos privados de libertad que en una muestra de población general.

OBJETIVOS SECUNDARIOS

1. Elaboración de un cuestionario autoadministrado que recoja los factores de riesgo más implicados en la violencia autoinfligida (suicidio y autolesiones) e interpersonal (hacia la familia o pareja y la comunidad).
2. Determinar las características sociodemográficas de los participantes.
3. Predecir el Riesgo de Suicidio.
4. Buscar los Antecedentes de Enfermedad Mental (personales y familiares) y los probables Trastornos de la Personalidad.
5. Señalar los aspectos autorreferidos más destacados del Expediente Judicial.
6. Medir la probabilidad de cometer Actos Impulsivos y Violentos.
7. Realizar un cribado de Dependencia Alcohólica y otro de Ludopatía.
8. Estudiar los principales tipos de Maltrato: antecedentes de Abuso (físico, psíquico y sexual), Maltrato Infantil y Violencia de Género.
9. Describir otros predictores de peligrosidad: Consumo de Drogas, Estructura Familiar en la Infancia, historia previa de Autolesiones e Intentos de Suicidio.
10. Analizar las dimensiones de la Personalidad.
11. Comprobar la sinceridad de los participantes de la investigación.
12. Comparación de las prevalencias de los factores de riesgo halladas en la población penitenciaria frente a los controles.
13. Hacer un análisis bivariante de los principales factores de riesgo.
14. Elaborar un esbozo del "individuo violento" que permita en un futuro a través del análisis multivariante, establecer un perfil individual de violencia en presos.

HIPÓTESIS

Se elabora un cuestionario autoadministrado que reúne los principales factores de riesgo de violencia autoinfligida e interpersonal a través de escalas y preguntas validadas. Su aplicación en población penitenciaria permitirá demostrar que la prevalencia de estos factores es mayor en sujetos privados de libertad que en población general.

POBLACIÓN y MÉTODOS

Diseño de la Investigación

Diseño de la Encuesta

Centros Participantes

Trabajo de Campo Inicial

Datos de Participación

Labor de Recogida de Datos en Prisiones

Criterios de Inclusión - Exclusión y de Anulación

Datos Penitenciarios

Datos Sociodemográficos

Tasas de No Respuesta

Análisis Estadístico

Búsqueda Bibliográfica



Diseño de la Investigación



Características de la Investigación

Tamaño Muestral

- **Características de la Investigación**

TABLA I. CARACTERÍSTICAS de la INVESTIGACIÓN según CRITERIOS de CLASIFICACIÓN de los ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS	
<u>Crterios</u>	<u>Características</u>
Finalidad	Descriptiva
Secuencia temporal	Transversal
Control de la asignación de factores	Observacional
Inicio del estudio en relación a la cronología de los hechos	Retrospectivo

Con el objetivo de estudiar los factores de riesgo de violencia autoinfligida e interpersonal de la población penitenciaria recluida en las cárceles aragonesas, se diseñó un *Estudio Descriptivo*. Sus datos han sido utilizados con finalidades puramente narrativas y han resultado útiles para generar hipótesis etiológicas que deberán contrastarse posteriormente con estudios analíticos.

Se considera “*transversal*” porque los datos de cada sujeto representan esencialmente un momento del tiempo.

Es “*observacional*” porque el factor de estudio no ha sido asignado por la investigadora, sino que ésta se ha limitado a observar, medir y analizar la frecuencia de determinadas variables.

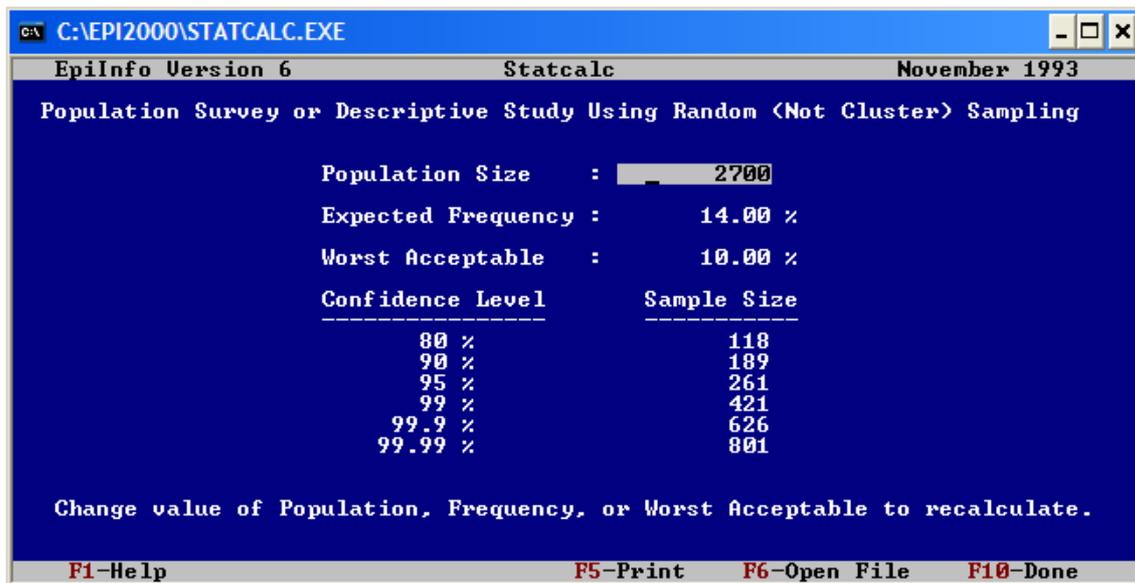
Por último, es “*retrospectivo*” porque su diseño es posterior a los hechos estudiados, de forma que los datos se han obtenido de lo que los sujetos han referido en unas encuestas.

- **Tamaño muestral**

El cálculo se realizó a través del programa STATCALC[®] 2.0.

Considerando que el tamaño de la población a estudio (el total de los reclusos de las tres cárceles existentes en Aragón – Daroca, Zuera y Teruel –) era de unos 2700 presos, la prevalencia del fenómeno “violencia” del 14% y el peor resultado aceptable del 10%, con un nivel de confianza del 95%, había que conseguir encuestar

a unos 261 sujetos. Al final se reunieron 239 casos y se compararon con 494 controles, por lo que la relación caso – control fue de aproximadamente 1: 2.



Diseño de la Encuesta

Características Generales

Búsqueda de los ítems (variables)

Pre - Test

Modificaciones realizadas en el Pre - Test

Partes Específicas



- **Características Generales**

La encuesta es autoaplicada, recoge la mayor parte de los ítems relacionados con la violencia auto y heteroinfligida, es anónima, confidencial y voluntaria. Tiene una extensión de veinte páginas (por una sola cara) más una portada. El tiempo estimado de realización es de 30 – 40 minutos.

- **Búsqueda de los Ítems (variables)**

La búsqueda de las variables relacionadas con la violencia se hizo en las principales revistas de impacto especializadas en el tema y que estaban indexadas en las bases de datos MEDLINE (a través del motor de búsqueda PubMed) e SciELO y en la “Revista Española de Psiquiatría Forense” (no indexada, pero sí disponible en internet). Para poder identificar los ítems se buscaron en las bases de datos los siguientes descriptores del Medical Subject Headings (MeSH) y del vocabulario estructurado y bilingüe “Descriptores en Ciencias de la Salud” (DeCS): “dangerous behavior”, “dangerousness”, “criminal psychology”, “criminal behavior”, “prisoners” y “violence risk factors”.

- **Pre – Test**

Con los ítems seleccionados de la bibliografía consultada se redactó un pre – test que constaba de 4 escalas validadas y una parte (la del trastorno antisocial) del “Examen Internacional de Trastornos de la Personalidad” (IPDE) en la versión del “Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales” (DSM-IV), más los principales ítems relacionados con la violencia. La presentación de las hojas era horizontal. Se tardaba en contestar unos 20 minutos.

En Abril de 2004, 37 controles (residentes de primer año de Medicina Preventiva y Salud Pública que se encontraban realizando en esos momentos el “Master de Salud Pública” de la Escuela Nacional de Sanidad en Madrid) contestaron el pre – test. Sirvió para detectar las preguntas más confusas y para calcular el tiempo mínimo que una persona instruida tardaba en contestar. Los que

quisieron hicieron una serie de recomendaciones para mejorar el diseño del cuestionario, algunas de las cuales fueron tenidas en cuenta posteriormente.

- **Modificaciones realizadas en el Pre – Test**

El pre – test fue distribuido en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Ntra. Sra. de Gracia de Zaragoza. El Jefe de Servicio sugirió una serie de modificaciones que llevaron a la redacción de la encuesta definitiva:

- ✧ Se sustituyó la parte del Trastorno Antisocial del “Examen Internacional de Trastornos de la Personalidad” (IPDE) por el “Cuestionario IPDE abreviado en su versión DSM – IV” que hace un cribado de todos los trastornos.
- ✧ Las preguntas de los distintos ítems se fueron perfilando para hacer su redacción más clara y poder ser respondidas de manera muy sencilla.
- ✧ A las 5 escalas validadas se añadieron 2 breves cuestionarios (para alcohol y juego) que se incluyeron en el apartado de Predictores de Peligrosidad.
- ✧ La presentación de las hojas se cambió de horizontal a vertical, con la finalidad de reducir el número de hojas.

- **Partes Específicas de la Encuesta**

En la portada del cuestionario se explica el objeto del proyecto, se proporcionan los datos de los investigadores y de la institución que los respalda y se garantiza el anonimato, la confidencialidad y la voluntariedad de la participación. Además, se asegura la posibilidad de poder abandonar el estudio y de retirar todos los datos y, por último, se dan una serie de instrucciones para su correcta cumplimentación. Una vez rellena se introducía en un sobre que se cerraba mediante una cinta siliconada.

El cuestionario está constituido por seis apartados generales:

1. **Datos Personales.**
2. **Riesgo de Suicidio y Trastornos de la Personalidad.**
3. **Expediente Judicial.**
4. **Medida de las Conductas Impulsivas y Violentas.**
5. **Predictores de Peligrosidad.**
6. **Personalidad.**

Las secciones 2, 4 y 6 son escalas validadas en España, mientras que los apartados 1, 3 y 5 recogen los principales ítems relacionados con la peligrosidad en forma de preguntas aceptadas en otros tests. Aunque en los Predictores de Peligrosidad (5ª parte) se incluyeron también dos miniescalas (de 4 preguntas dicotómicas de Sí/No cada una) de detección de problemas relacionados con el alcohol (Cuestionario CAGE) y el juego (Cuestionario Breve de Juego Patológico - CBJP-). En ambos tests de cribado, la respuesta afirmativa a dos preguntas nos indicará una posible dependencia al alcohol o a la ludopatía.

Las principales razones por las que se han utilizado estas escalas son por:

- 1) Su Brevedad.
- 2) Ser Autoaplicadas.
- 3) Estar Estandarizadas.

Escala de Desesperanza de BECK: Es una escala autoaplicada diseñada para evaluar, desde el punto de vista subjetivo, las expectativas negativas que una persona tiene sobre su futuro y su bienestar, así como su habilidad para salvar las dificultades y conseguir el éxito en su vida. Las puntuaciones obtenidas en desesperanza son un predictor útil de posible suicidio. Consta de 20 ítems, de un punto cada uno, a los que el individuo ha de responder verdadero o falso. Proporciona una puntuación total, comprendida entre 0 y 20, y puntuaciones en tres factores diferentes:

- Factor afectivo (sentimientos sobre el futuro).
- Factor motivacional (pérdida de motivación).
- Factor cognitivo (expectativas sobre el futuro).

En función de la puntuación total se establecen los siguientes puntos de corte:

- Riesgo Bajo de cometer Suicidio:
 - ❖ 0 – 3: Ninguno o Mínimo.
 - ❖ 4 – 8: Leve.
- Riesgo Alto de cometer Suicidio:
 - ❖ 9 – 14: Moderado.
 - ❖ 15 – 20 Alto.

Questionario abreviado del “Examen Internacional de Trastornos de la Personalidad” (IPDE) en su versión DSM-IV: Se trata de un instrumento de cribado previo, en forma de cuestionario autoadministrado (77 ítems) de respuestas dicotómicas Verdadero/Falso en el que el paciente describe su conducta habitual durante los últimos 5 años.

Sirve para tener un perfil clínico de los trastornos de la personalidad; en ningún caso para realizar diagnósticos psiquiátricos. La posterior entrevista para llegar a establecer un dictamen certero no es objetivo de este trabajo.

Los diferentes criterios descriptivos del trastorno son evaluados mediante una serie de cuestiones que hacen referencia a 6 áreas de la vida del paciente: trabajo, yo, relaciones interpersonales, afectos, prueba de realidad y control de impulsos.

En la clasificación americana (DSM-IV), los Trastornos de la Personalidad están recogidos en tres grupos principales: el primero de ellos está formado por los Trastornos de la Personalidad Paranoide, Esquizoide y Esquizotípico, y reúne a los individuos extraños y excéntricos; el segundo grupo incluye los Trastornos de Personalidad Antisocial, Límite, Histriónico y Narcisista y se caracteriza por los rasgos dramáticos, emocionales y extrovertidos; el tercer grupo comprende los Trastornos de Personalidad por Evitación, por Dependencia y Obsesivo-Compulsivo, y se define por los rasgos ansiosos y temerosos.

El programa informático existente para la corrección tenía un punto de corte que se juzgó poco discriminativo: establecía cada posible positivo a partir de 3 puntos. Tras consultar con un experto en el tema de los Trastornos de la Personalidad que, además, había participado en la validación al español del IPDE y en el diseño del programa automático de corrección, se decidió fijar un nuevo punto de corte en 4 puntos.

Escala de Impulsividad de Plutchik: Es una escala autoaplicada diseñada para evaluar conductas impulsivas. Consta de 15 ítems que se refieren a la tendencia del paciente a “hacer cosas sin pensar” o de forma impulsiva:

- Capacidad para planificar (3 ítems).
- Control de los estados emocionales (3 ítems).
- Control de las conductas de comer, gastar dinero o mantener relaciones sexuales (3 ítems).
- Control de otras conductas (6 ítems).

Las respuestas se recogen en una escala de frecuencia que se puntúa de 0 a 3 (nunca, a veces, a menudo, casi siempre). Hay cuatro ítems que se puntúan en sentido inverso (4, 6, 11 y 15). La puntuación total va desde 0 hasta 45. En la versión española, los autores proponen un punto de corte de 20.

Riesgo de Violencia de Plutchik: Es un instrumento autoaplicado diseñado para evaluar la existencia de sentimientos de agresividad y conductas violentas. Consta de 12 ítems, de los cuales los 9 primeros hacen referencia a la presencia de conductas agresivas y se recogen en una escala de frecuencia que se puntúa de 0 a 3 (nunca, a veces, a menudo, casi siempre).

Los ítems 10 y 11 también se recogen en una escala de frecuencia (0 – 3) y se refieren a la existencia de antecedentes delictivos. El último ítem se refiere a la tenencia de armas y se puntúa 0 – 1 (no o sí). La puntuación total puede oscilar entre 0 y 34. En la versión española, los autores indican un punto de corte de 4.

Cuestionario Breve de Juego Patológico (CBJP): Es un cuestionario de *screening* que consta de 4 ítems con dos alternativas de respuesta (sí/no). Está basado en la versión española del Cuestionario de Juego Patológico de South Oaks (SOGS).

El contenido de los ítems hace referencia a si el sujeto cree que tiene problemas con el juego, si se siente culpable por lo que ocurre cuando juega, si ha intentado alguna vez dejar de jugar y no ha sido capaz de ello, y, por último, si ha cogido alguna vez dinero de casa para jugar o para pagar deudas.

Gracias a su brevedad, es una prueba que puede ser intercalada en la historia clínica habitual de pacientes aquejados de problemas médicos o de trastornos de conducta diversos y detectar así de forma temprana una dependencia al juego.

Punto de corte: Probable persona jugadora patológica = 2 o más ítems afirmativos.

- Sensibilidad = 100%.
- Especificidad = 97,5%
- Eficacia diagnóstica = 97,88%
- Consistencia Interna: 0,94. Fiabilidad test – retest: 0,99.
- Validez: muestra correlaciones con el SOGS y con criterios DSM – III – R (0,95).

Questionario CAGE: Es un instrumento autoaplicado (que también puede ser administrado por personal auxiliar previamente entrenado en su uso) que consta de sólo 4 ítems con dos alternativas de respuesta (sí/no); 3 de ellos exploran los aspectos subjetivos de la persona en relación con el consumo de alcohol (idea de dejar de beber, molestias por las críticas, sentimientos de culpabilidad) y el último investiga actitudes relacionadas con la abstinencia alcohólica (necesidad de beber por las mañanas).

El clínico debe intercalar estas preguntas a lo largo de la entrevista con la persona. El tiempo de administración y puntuación es muy breve: tan sólo un minuto, y no requiere entrenamiento previo por parte del evaluador. Las respuestas afirmativas valen 1 punto y las negativas 0. La puntuación total oscila entre 0 y 4.

Los autores recomiendan utilizar los siguientes puntos de corte:

- “0”: no hay problemas relacionados con el alcohol.
- “1”: indicios de problemas relacionados con el alcohol.
- “2 – 4”: dependencia alcohólica.

Los primeros tres ítems del cuestionario CAGE son consistentes y complementarios con los criterios de abuso y dependencia del DSMIV. Los datos de algún estudio sugieren que estos tres ítems tienen las mismas propiedades que todo el cuestionario, a pesar del punto de corte considerado.

El valor predictivo depende de la prevalencia de alcoholismo en la población en la que se aplica. Por eso el cuestionario es especialmente útil en las situaciones en las que la probabilidad de abuso es alta, como servicios de urgencias, clínicas de ETS y centros de salud para estudiantes. Una respuesta positiva para al menos dos preguntas se ve en la mayoría de los pacientes con alcoholismo, mientras que en las cuatro cuestiones se ve en aproximadamente el 50%. En comparación, alrededor del 80% de los sujetos no alcohólicos tiene una respuesta negativa a las cuatro preguntas y ninguno responde de forma afirmativa a más de dos cuestiones.

Como inconveniente principal señalar que es relativamente insensible para detectar consumos de alto riesgo en poblaciones como las mujeres, con más susceptibilidad para el daño hepático pero que no han desarrollado los estigmas sociales ni psicológicos que incluye el CAGE. Tampoco distingue entre consumo actual y pasado.

- En contextos hospitalarios: Sensibilidad = 81% y Especificidad = 97%.
- En contextos extrahospitalarios: Sensibilidad= 66% y Especificidad= 84%.
- Muestra correlaciones con el MALT (Münchener Alkoholismus Test): 0,42.

Inventario de Personalidad de EYSENCK (EPI): Es una de las pruebas de personalidad más difundidas. Mide dos factores bipolares: extraversión frente a introversión y neuroticismo frente a control. Además, presenta una escala de sinceridad (entendida como “respuesta social”) para contrarrestar las respuestas distorsionadas.

Consta de 57 ítems de respuesta dicotómica sí/no. Presenta dos formas: A y B. En la forma A es posible desglosar la extraversión en sus dos grandes componentes: la impulsividad y la sociabilidad. En la encuesta se incluyó el tipo B.

El cuestionario ha demostrado ser de gran utilidad tanto en situaciones de psicología aplicada como en investigación para controlar variables de personalidad. Se puede administrar a adolescentes y adultos y no requiere formación cultural previa. La aplicación es individual o colectiva, y el tiempo de realización es de unos 10 minutos. La corrección es manual, mediante plantilla.



Las personas privadas de libertad, en el sistema judicial español, se encuentran internadas en los centros penitenciarios, que se conciben arquitectónicamente (tipología modular) como espacios que hacen eficazmente posible la educación y la reinserción de los presos, al mismo tiempo que garantizan el mantenimiento de la seguridad y la custodia. El sistema penitenciario español cuenta con 77 centros conformando un mapa penitenciario moderno y funcional, en el que la prisión se constituye como núcleo urbano autosuficiente.

Se contó con la colaboración de dos de los tres Centros Penitenciarios de la Comunidad Autónoma de Aragón: Prisiones de Daroca y Zuera, ambas en la provincia de Zaragoza. En el Centro Penitenciario de Daroca sólo hay presos varones y prácticamente todos en calidad de condenados. El Centro Penitenciario de Zuera que es tres veces más grande, sin embargo, dispone de un módulo de mujeres y en él se encuentran presos tanto preventivos como condenados.

TABLA I. CENTROS PENITENCIARIOS PARTICIPANTES								
<u>Ciudad</u>	<u>Provincia</u>	<u>Nº medio de internos</u> (últimos 5 años)	<u>Nº Módulos</u>	<u>Módulo Aislamiento</u>	<u>Enfermería</u>	<u>Módulo Terapéutico</u>	<u>Talleres</u>	<u>Módulo de Mujeres</u>
CENTRO PENITENCIARIO de ZUERA								
Zuera	Zaragoza	2028	14	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
CENTRO PENITENCIARIO de DAROCA								
Daroca	Zaragoza	498	4	Sí	Sí	Sí	Sí	No

TABLA II. CARACTERÍSTICAS de los MÓDULOS del CENTRO PENITENCIARIO de DAROCA			
<u>Módulo</u>	<u>Nº de internos</u>	<u>Características</u>	<u>Observaciones</u>
1	93	Segundo Grado	Internos conflictivos, los de peor comportamiento
2	152		Buena conducta
3	146		Comportamiento irregular
4	134		Muy buen comportamiento, firman un contrato de reglas
Aislamiento	8 – 10		Muy mala
Enfermería	15		Internos con alguna patología orgánica o mental
Terapéutico	10 - 12		En tratamiento para deshabitación
Talleres productivos	102		

TABLA III. CARACTERÍSTICAS de los MÓDULOS del CENTRO PENITENCIARIO de ZUERA			
Módulo	Nº de internos	Características	Observaciones
1	165	Penados primarios	Módulos con normas especiales de respeto
2	112	Penados primarios	
3	160	Penados en evolución	Observación de la conducta
4	159	Penados adaptados	No son penados primarios pero tienen buen comportamiento
5	135	Talleres productivos	
6	175	Destinos	Penados de confianza
7	169	Talleres productivos	
8	148	Preventivos en evolución	Observación de la conducta
9	87	Penados reincidentes	Mala conducta
10	174	Preventivos reincidentes	
11	121	Penados en evolución	Observación de la conducta
12	189	Preventivos primarios	
13	158	Mujeres	Todas las clasificaciones
14 (Terapéutico)	45	Libre de drogas	En tratamiento para deshabitación
Aislamiento	31	Primer Grado	Muy mala conducta
Enfermería	30	Penados con alguna patología orgánica o mental	50% de Enfermos Mentales Fijos

En el Centro Penitenciario de Daroca se tuvo acceso a los Módulos I, II, III y IV, pero no al Módulo de Aislamiento, ni al Terapéutico (que se había abierto 15 días antes de iniciarse el estudio), ni al de Enfermería. De los 14 módulos del Centro Penitenciario de Zuera, los investigadores pudieron encuestar directamente a la población reclusa de los Módulos I y II, del Módulo Terapéutico y del Módulo de Mujeres. Un miembro del personal médico de la institución estuvo encargado de pasar las encuestas en el Módulo IX y en el de Enfermería.

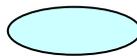
Trabajo de Campo Inicial



En los meses anteriores al comienzo del proyecto se obtuvo la autorización correspondiente de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias (D.G.I.I.P.P) para realizar el trabajo en las mencionadas prisiones. La concesión del permiso quedaba supeditada a las siguientes condiciones: realizar el estudio antes del 31 de diciembre del 2005; los propios investigadores tendrían que pasar la encuesta entre los presos seleccionados y el proceso selectivo de los internos compaginaría los criterios de la investigación con las limitaciones penitenciarias. En cualquier caso, la colaboración de los mismos sería voluntaria y se les informaría personalmente de los objetivos del estudio de manera suficiente, para que su participación fuera realmente libre. De esta circunstancia debería quedar nota escrita en el centro.

Con el fin de cumplir esta última exigencia de la D.G.I.I.P.P sin, por otra parte, violar el anonimato de la encuesta, se diseñó un modelo de Consentimiento Informado que contenía un código alfanumérico. Los presos que aceptaron participar procedieron a su firma y se estampó el mismo código en la encuesta que rellenaron. El Consentimiento Informado, documento que contenía los datos del interesado, se archivó en la Historia Clínica del preso bajo la salvaguardia del Centro Penitenciario, mientras que el cuestionario, en el que sólo constaba el código, quedó en poder de los investigadores.

Datos de Participación



Datos de Participación de los Casos

Datos de Participación de los Controles

- **Datos de participación de los Casos**

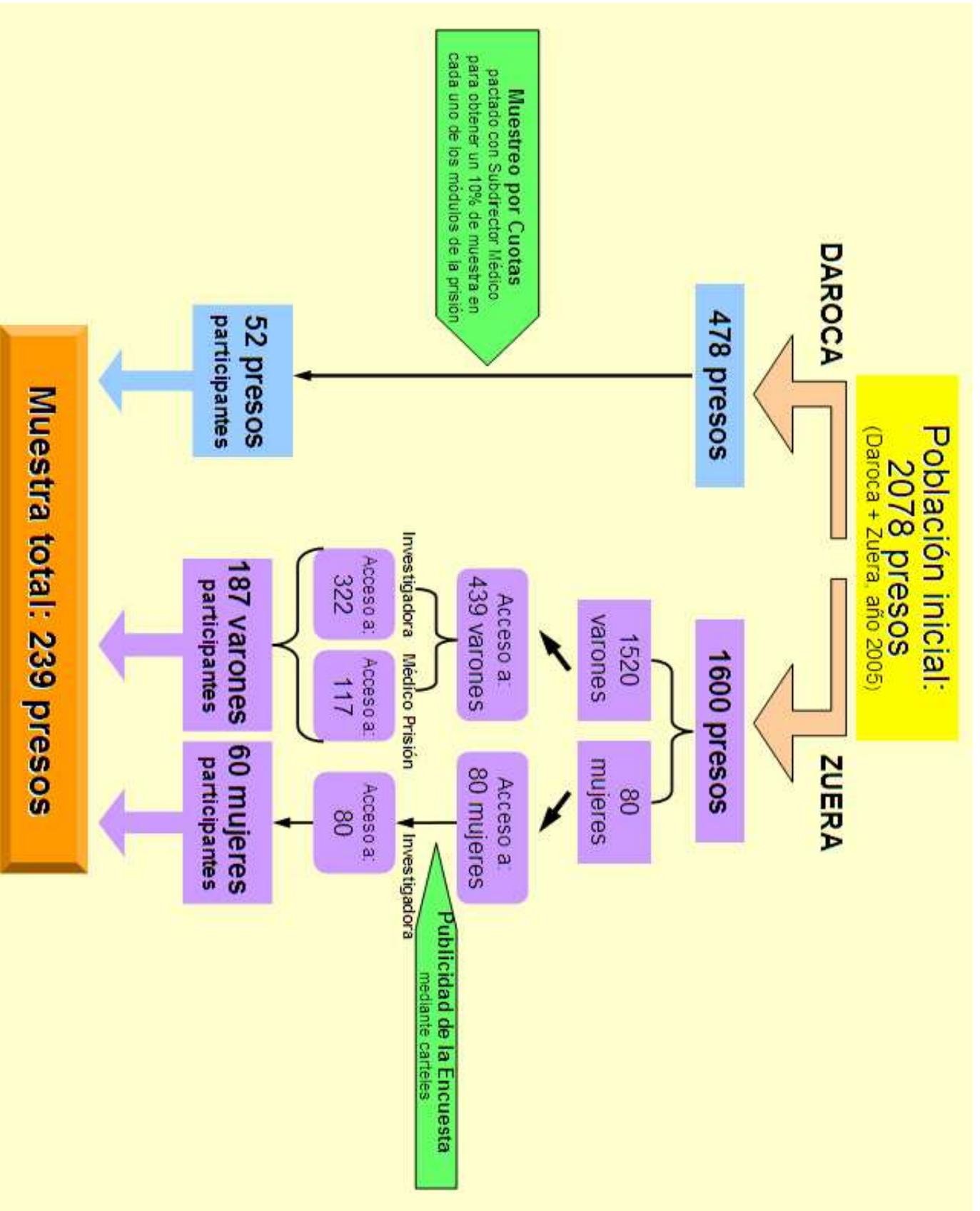
Se distribuyeron 250 encuestas entre los presos que previamente habían aceptado participar en el estudio y que ya estaban organizados en grupos en los diversos módulos a los que se tuvo acceso. Si tenemos en cuenta que entre las dos prisiones había más de dos mil presos, la tasa de participación global fue de un 11,5%. Sin embargo, por sexo, la tasa más alta fue la de las mujeres de Zuera (75%).

TABLA I. DATOS ESTADÍSTICOS y de PARTICIPACIÓN de los CENTROS PENITENCIARIOS					
	C.P. DAROCA	C.P. ZUERA		Total Zuera	TOTAL Daroca + Zuera
		Hombres	Mujeres		
Nº de presos	478	1.520	80	1.600	2.078
Nº de participantes por centro	52	127	60	187	239
Porcentaje sobre el total del centro/os	10,9%	8,4%	75%	11,7%	11,5%
Porcentaje sobre el total de presos/as	21,8%	53,1%	25,1%	78,2%	100%

- **Datos de participación de los Controles**

Se distribuyeron 1.500 encuestas entre familiares, conocidos, amigos, compañeros de trabajo y universitarios. La tasa de respuesta fue del 33,3%, por lo que se recogieron casi 500 tests entre los controles. Seis de ellos tuvieron que ser anulados debido a que alguna de las escalas no había sido contestada.

TABLA II. DATOS ESTADÍSTICOS y de PARTICIPACIÓN de los CONTROLES				
	Nº de Participantes	Hombres	Mujeres	Porcentaje sobre el total de los Controles
Andorra (Teruel)	216	50,9%	49,1%	43,7%
Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" de Zaragoza (miembros del personal)	39	20,5%	79,5%	7,9%
Universidad de Zaragoza (estudiantes + doctorandos)	132	15,2%	84,8%	26,7%
Trabajadores de la D.G.A	11	54,5%	45,5%	2,3%
Heterogéneo de Zaragoza Capital	96	45,8%	54,2%	19,4%
TOTAL	494	--	--	100%



**La Labor de recogida
de datos en prisiones**



En ambas cárceles, un miembro del personal médico fue el encargado de publicitar la encuesta (oralmente y a través de carteles) entre los internos para dar a conocer el proyecto.

Posteriormente se hicieron grupos de unos veinte reclusos por módulo (la mitad en Daroca) entre todos los que quisieron participar. Los investigadores acudieron una vez por semana, primero a Daroca y después a Zuera, desde junio hasta diciembre, descontando los períodos vacacionales, a pasar los cuestionarios.

En el medio penitenciario, el tiempo que se tardó en responder la encuesta osciló entre 45 y 120 minutos. En un principio se reunieron 242 casos, pero hubo que anular tres cuestionarios debido a que alguna de las escalas no había sido contestada.

**Criterios de
Inclusión y Exclusión
y de Anulación de las Encuestas**



- **Criterios de Inclusión y Exclusión de los Casos**

- ✓ **Criterios de Inclusión:** presos que supieran leer y escribir con fluidez en español, que no tuvieran un grave deterioro de sus capacidades cognitivas que les impidiera tener consciencia de la realidad, que no estuvieran sufriendo en esos momentos una crisis aguda de una patología mental y que dieran su consentimiento de participación libre y voluntaria.
- ✓ **Criterios de Exclusión:** analfabetos, presos extranjeros con poco dominio del español hablado y escrito, internos con grave deterioro cognitivo o en plena crisis aguda de una patología mental y todos aquellos que no firmaran el consentimiento informado.

- **Criterios de Inclusión y Exclusión de los Controles.**

- ✓ **Criterios de Inclusión:** mayores de edad (hombres o mujeres), de cualquier nacionalidad pero que supieran leer y escribir con fluidez en español, que no tuvieran un grave deterioro de sus capacidades cognitivas que les impidiera tener consciencia de la realidad, que no estuvieran sufriendo en esos momentos una crisis aguda de una patología mental y que aceptaran participar libremente en la investigación.
- ✓ **Criterios de Exclusión:** menores de edad, personas con poco dominio del español escrito y hablado, con grave deterioro de sus capacidades cognitivas que les impidiera tener consciencia de la realidad o en plena crisis aguda de una patología mental y que recelaran participar en la investigación.

- **Criterios de Anulación de Encuestas**

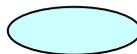
- No respuesta a alguna de las escalas.
- Estar la encuesta en blanco completa o parcialmente.
- Arrepentirse a mitad de estar respondiendo la encuesta.



La mayor parte de los presos eran condenados, localizándose prácticamente la totalidad de los preventivos en la Prisión de Zuera, y siendo esta circunstancia más frecuente entre las mujeres. El Régimen Penitenciario más habitual fue el de Segundo Grado. En cuanto al tipo de Delito por el que se encontraban en prisión destacaban, en más de la mitad de los casos, los delitos contra la propiedad y contra la Salud Pública. Casi el 40% de los internos tenía familiares con problemas con la justicia.

TABLA I. DATOS PENITENCIARIOS						
		C.P. DAROCA	C.P. ZUERA		Total Zuera	TOTAL Daroca + Zuera
			Hombres	Mujeres		
Porcentaje de Condenados		96%	91,2%	70,4%	85,5%	87,2 %
Porcentaje de Preventivos		4%	8,8%	29,6%	15,5%	12,8 %
Régimen Penitenciario (condenados)	1 ^{er} Grado	---	---	---	---	---
	2 ^o Grado	97,9%	85,4%	72,6 %	81,5 %	85,5 %
	3 ^{er} Grado	2,1%	2,6%	7,8%	4,2 %	3,6 %
	Sin clasificar	---	12%	19,6%	14,3%	10,9%
Delito por el que se encuentran actualmente en prisión	Contra la Propiedad	34%	32,1 %	15,1%	26,5%	28,3 %
	Contra Salud Pública	22%	17,4%	49,1%	27,8%	26,4%
	Contra las Personas	16%	15,6%	13,2%	14,8%	15,1%
	Otros	14%	25,7%	9,4%	20,4%	18,9%
	Más de 1 Delito	14%	9,2%	13,3%	10,5%	11,2%
Beneficios Penitenciarios (fundamentalmente Adelantamiento de la Libertad Condicional)	Sí	45,8%	37,4%	22,6%	33,8%	37,1%
	No	54,2%	62,6%	77,4%	66,2%	62,9%

Datos Sociodemográficos



Datos Sociodemográficos de los Casos

Datos Sociodemográficos de los Controles



• Datos Sociodemográficos de los Casos

El preso “tipo” que respondió a la encuesta era un hombre de 35 años, soltero, de nacionalidad española, con un nivel de estudios primario, dentro del grupo profesional de “Artesanos y cualificados en manufacturas, construcción y minería”, sin ingresos y con una situación laboral de desempleo pero habiendo trabajado antes.

Hay que destacar que más de un tercio de las presas fueran extranjeras, siendo la nacionalidad más frecuente entre las foráneas, la francesa.

TABLA I. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS de los PRESOS (I) (n=239)						
		C.P. DAROCA	C.P. ZUERA		Total Zuera	TOTAL Daroca + Zuera
			Hombres	Mujeres		
Edad media en años		37,2±9,1	36,5±12,3	31±9,7	34,7±11,8	35,3±11,3
Edad por Categorías	18 – 24 años	7,8%	14,5%	25%	17,9%	15,7%
	25 – 34 años	37,3%	37,9%	50%	41,8%	40,9%
	35 – 44 años	37,3%	23,4%	11,7%	19,6%	23,4%
	45 – 54 años	9,8%	16,1%	10%	14,1%	13,2%
	55 – 64 años	7,8%	4,8%	3,3%	4,3%	5,1%
	65 y más años	---	3,2%	--	2,2%	1,7%
Estado Civil	Solteros	42,3%	46,8%	36,7%	43,5 %	43,3%
	Casados	15,4%	14,3%	20%	16,1 %	16%
	Conviviendo con pareja	19,2%	14,3%	21,7%	16,7 %	17,2%
	Separados/Divorciados	23,1%	23%	18,3%	21,5%	21,8%
	Viudos	---	1,6%	3,3%	2,2%	1,7%
Nacionalidad	Española	76,9%	86,6%	65%	79,6%	79,1%
	Española y otra	---	1,6%	---	1,1%	0,8%
	Extranjera	23,1%	11,8%	35%	19,3%	20,1%
Practican su Religión		32,7%	47,2%	60%	51,3%	47,3%
Religión	Cristiano Católico	56%	68,3%	58,9%	65,4%	63,4%
	Otro tipo de cristianismo	8%	8,7%	7,1%	8,2%	8,2%
	Musulmán	--	5,6%	17,9%	9,3%	7,3%
	Budista	2%	0,8%	--	0,5%	0,9%
	Otra religión	10%	2,4%	5,4%	3,3%	4,7%
	Ateo	24%	14,3%	10,7%	13,2%	15,5%
	Agnóstico	--	--	--	--	--

TABLA II. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS de los PRESOS (II) (n=239)						
		C.P. DAROCA	C.P. ZUERA		Total Zuera	TOTAL Daroca + Zuera
			Hombres	Mujeres		
Nivel de Estudios	Sin estudios	3,9%	8,7%	11,7%	9,6%	8,4 %
	Estudios Primarios	35,3%	52,8%	35%	47,1%	44,5%
	Estudios Secundarios	33,3%	15%	11,7%	13,9%	18,1%
	Formación Profesional	15,7%	15,7%	20%	17,1%	16,8%
	Estudios Medios Universitarios	5,9%	3,9%	11,7%	6,4%	6,3%
	Estudios Superiores Universitarios	3,9%	3,1%	8,3%	4,8%	4,6%
	Otros no reglados	2%	0,8%	1,7%	1,1%	1,3%
Profesión	Dirección de empresas y la administración pública	4,1%	2,7%	2,1%	2,5%	2,9%
	Técnicos y profesionales científicos e intelectuales	4,1%	2,7%	4,2%	3,2%	3,4%
	Técnicos y profesionales de apoyo	4,1%	6,4%	6,3%	6,3%	5,8%
	Empleados de tipo administrativo	2%	2,7%	10,4%	5,1%	4,3%
	Servicios de restauración, personales, protección y vendedores	14,3%	8,2%	37,5%	17,1%	16,4%
	Cualificados en agricultura y pesca	2%	1,8%	4,2%	2,5%	2,4%
	Artesanos y cualificados en manufacturas, construcción y minería	46,9%	51,8%	4,2%	37,3%	39,6%
	Operadores de instalaciones y maquinaria y montadores	2%	6,4%	--	4,4%	3,9%
	Trabajadores no cualificados	16,3%	13,6%	10,4%	12,7%	13,5%
	Fuerzas Armadas	--	--	--	--	--
	Amas de Casa	2%	--	16,7%	5,1%	4,3%
	Estudiantes	2%	0,9%	4,2%	1,9%	1,9%
	No Clasificable	--	2,7%	--	1,9%	1,4%

TABLA III. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS de los PRESOS (III) (n=239)						
		C.P. DAROCA	C.P. ZUERA		Total Zuera	TOTAL Daroca + Zuera
			Hombres	Mujeres		
Ingresos Económicos	Sin ingresos	17,4%	26,8%	22,4%	25,6%	23,9%
	Menos de 300 €	17,4%	7,3%	14,3%	9,3%	11%
	301 – 600 €	2,2%	6,5%	16,3%	9,3%	7,8%
	601 – 900 €	15,2%	15,4%	16,3%	15,7%	15,6%
	901 – 1200 €	13%	20,3%	18,4%	19,8%	18,3%
	1201 – 1800 €	13%	14,6%	8,2%	12,8%	12,8%
	1801 – 2400 €	4,3%	14,9%	--	3,5%	3,7%
	2401 – 3000 €	2,2%	--	2%	0,6%	0,9%
	Más de 3000 €	6,6%	2,4%	--	1,8%	2,8%
No lo sabe	8,7%	1,6%	2%	1,7%	3,2%	
Situación Laboral	Pensionista y ha trabajado antes	10,2%	18,7%	7,3%	15,2%	14,1%
	Pensionista y no ha trabajado antes	2%	--	--	--	0,4%
	Desempleado y ha trabajado	44,9%	53,7%	36,4%	48,3%	47,6%
	Desempleado y busca su 1 ^{er} empleo	6,1%	2,4%	1,8%	2,2%	3,1%
	Tareas del Hogar	--	--	16,4%	5,1%	4%
	Trabaja	18,4%	11,4%	14,5%	12,4%	13,7%
	Otras situaciones (baja laboral, incapacidad...)	16,4%	10,6%	21,8%	14%	15%
Estudiante	2%	3,3%	1,8%	2,8%	2,2%	

- **Datos Sociodemográficos de los Controles**

Al contrario de lo que sucedía con los casos, los controles son casi en dos tercios mujeres, de una edad media de prácticamente 37 años, nacionalidad española, casadas, universitarias de carrera media, de profesión estudiantes o en el grupo de “Técnicos y profesionales científicos e intelectuales”, sin ingresos o, eliminando a los estudiantes, con un nivel entre 1800 y 2400 € mensuales, que están trabajando, que no han tenido problemas con la justicia, ni han estado en la cárcel, que no están pendientes de cargos y que no tienen familiares con antecedentes judiciales.

TABLA IV. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS de los CONTROLES (I) (n=494)		
SEXO	Hombres	38,1%
	Mujeres	61,9%
EDAD MEDIA en años (con la desviación típica)		36,7 ± 13,7
EDAD por CATEGORÍAS	18 – 24 años	31,6%
	25 – 34 años	18,7%
	35 – 44 años	14,8%
	45 – 54 años	23,6%
	55 – 64 años	8,6%
	65 y más años	2,7%
NACIONALIDAD	Española	98,2%
	Española y otra	0%
	Extranjera	1,2%
ESTADO CIVIL	Solteros	43,2%
	Casados	49,5%
	Conviviendo con su pareja	4,9%
	Separados / Divorciados	1,8%
	Viudos	0,6%
NIVEL de ESTUDIOS	Sin estudios	0,8%
	Primarios	14,8%
	Secundarios	19,9%
	Formación Profesional	19,9%
	Universitarios Medios	23,2%
	Universitarios Superiores	21,3%
	Otros no reglados	0%
PROFESIÓN	Dirección de empresas y la administración pública	1,1%
	Técnicos y profesionales científicos e intelectuales	19,9%
	Técnicos y profesionales de apoyo	8,4%
	Empleados de tipo administrativo	8,6%
	Servicios de restauración, personales, protección y vendedores	12,9%
	Cualificados en agricultura y pesca	0,5%
	Artesanos y cualificados en manufacturas, construcción y minería	7%
	Operadores de instalaciones y maquinaria y montadores	7,2%
	Trabajadores no cualificados	2%
	Fuerzas Armadas	0,2%
	Amas de Casa	4,7%
	Estudiantes	27,5%
	No clasificable	0%

TABLA V. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS de los CONTROLES (II) (n=494)			
INGRESOS ECONÓMICOS*	Sin ingresos	24,2%	7,6%
	Menos de 300 €	5%	2,1%
	301 – 600 €	4,7%	6,1%
	601 – 900 €	14,2%	17,7%
	901 – 1200 €	14,4%	18,3%
	1201 – 1800 €	14,4%	17,7%
	1801 – 2400 €	11,1%	14,7%
	2401 – 3000 €	7,9%	10,7%
	Más de 3000 €	4,1%	3%
	No lo sabe	1,6%	1,8%
SITUACIÓN LABORAL	Pensionista y ha trabajado antes	9,5%	
	Pensionista y no ha trabajado antes	0,4%	
	Desempleado y ha trabajado	1,4%	
	Desempleado y busca su 1 ^{er} empleo	0%	
	Tareas del Hogar	6,4%	
	Trabaja	52,1%	
	Otras situaciones (baja laboral, incapacidad...)	3,3%	
	Estudiante	26,9%	
PROBLEMAS con la JUSTICIA	Sí	4,3%	
	No	95,7%	
ESTANCIA en PRISIÓN	Sí	0,4%	
	No	99,6%	
PENDIENTE de CARGOS	Sí	0,6%	
	No	99,4%	
FAMILIARES con PROBLEMAS con la JUSTICIA	Sí	8,1%	
	No	91,9%	

(*)En los ingresos económicos, la columna de los controles se ha desdoblado en dos, eliminando en la segunda el factor estudiantes.

Tasas de No Respuesta



De las variables que no se indica nada es porque la tasa de respuesta fue superior al 90% de la población encuestada.

En general, los controles contestaron más que los casos a las preguntas. Entre los presos, las tasas más altas de respuesta se dieron entre los presos varones y, especialmente, en los de la Prisión de Daroca.

Teniendo en cuenta que la mayor parte de las preguntas tuvieron una tasa de repuesta superior al 90% y que en todas las escalas se superó esa cifra, se puede considerar que la encuesta, en términos generales, fue bastante bien contestada.

- **Tasas de No Respuesta en los Casos**

- ✓ **Datos Penitenciarios:**

- En la prisión de Zuera, el 14,2 % de los presos varones, el 15% de las presas el 13,4% de los presos totales no indicaron el Delito por el que se encontraban en prisión. En el total de presos de las dos prisiones (Daroca + Zuera) la tasa de no respuesta ascendió a un 11,3%.
- En Zuera, el 15% de los presas y el 17,6% del total de los presos no contestaron el Régimen Penitenciario en el que se encontraban en la cárcel.
- El 24,7% del total de presos no respondieron si tenían Beneficios Penitenciarios.

- ✓ **Datos Sociodemográficos:**

- En Zuera, el 13,4% de los presos varones, el 20% de las presas, el 15,5% del total de los presos y el 13,4% de todos los presos (Daroca + Zuera) no indicaron su Profesión.
- El 11,5% de los presos de Daroca y el 18,3% de las presas de Zuera no contestaron cuáles eran sus Ingresos Económicos.

- **Tasas de No Respuesta en los Controles**

Tan sólo no superaron el 90% de la tasa de repuesta en dos preguntas de datos sociodemográficos.

- El 10.3% no indicaron su Profesión.
- El 10% no contestaron cuáles eran sus Ingresos Económicos.

Análisis Estadístico



Variables

Base de Datos

Análisis de los Datos

Nivel de Significación Estadística

- **VARIABLES**

En su mayor parte eran directas y, otras pocas, de resumen. Se denominaron “variables directas” a aquellas que provenían de un ítem en forma de pregunta y “variables resumen” a las resultantes de sintetizar la información de otros ítems más complejos de tipo descriptivo: por ejemplo, la variable de antecedente de enfermedad mental se preguntó especificando el tipo de patología psiquiátrica que se padecía, por tanto, para resumirla se creó la variable dicotómica “Antecedente de Enfermedad Mental Personal” Si/No.

Las variables fueron de tipo cualitativo dicotómico (Ej: ¿Tiene familiares con problemas con la justicia?) en una inmensa mayoría, aunque también hubo bastantes variables cualitativas ordinales (Ej: Riesgo de Suicidio: Ninguno o Mínimo, Moderado y Grave) y variables cuantitativas (Nº de Años en Prisión). En ocasiones fue necesario categorizar una variable cuantitativa y pasarla a una cualitativa que podía ser ordinal (Ej: Edad por grupos) o dicotómica (Ej: Escalas de Plutchik).

- **BASE DE DATOS**

Se utilizó el programa informático SPSS® 12.0 para Windows y se creó una base de datos que contenía 227 variables.

- **ANÁLISIS DE LOS DATOS**

De tipo descriptivo.

- ✓ **Análisis Univariante:** de cada variable se calculó la frecuencia y, si correspondía, sus medidas de tendencia central y de dispersión.
- ✓ **Análisis Bivariante:** según el tipo de variable, y considerando que la muestra era de más de 30 casos (distribución normal), se utilizaron test paramétricos como el Test de Ji cuadrado de Pearson para comparación de datos categóricos y porcentajes, el Test de la t de Student para medias entre dos grupos y el Test de ANOVA para medias de tres o más grupos.

- **Nivel de Significación Estadística**

Se estableció en $p \leq 0,05$.

✓ Interpretación de p:

<u>Valor de p</u>	<u>Modo de presentación</u>
$p < 0,000000001$	$p < 0,001$
$p = ,000$	$p < 0,001$
$p = ,0000$	$p < 0,0001$
$p = 0,0109567$	$p = 0,011$ ó $p = 0,01$
$p > 0,05$	$p = 0,39$ (por ejemplo)
$p < 0,05$	$P = 0,03$

Búsqueda Bibliográfica para la Comparación de Resultados



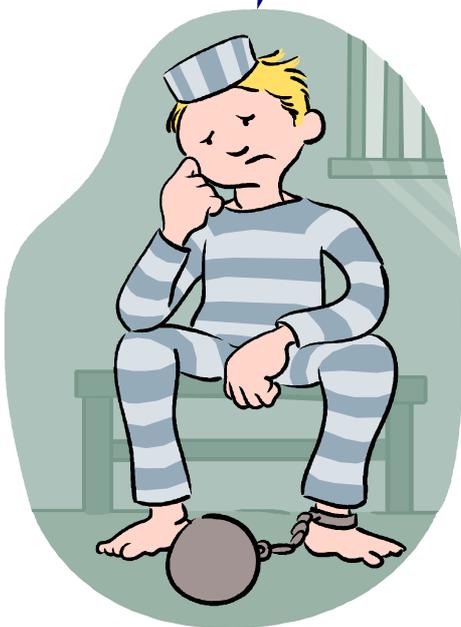
La búsqueda de los artículos sobre las variables relacionadas con la violencia en el medio penitenciario y en la población general se realizó de tres maneras:

1. En revistas de impacto indexadas en las bases de datos MEDLINE (a través del motor de búsqueda PubMed) e SciELO y en la “Revista Española de Psiquiatría Forense” (no indexada en aquel momento), pero sí disponible en internet.

Para poder identificar los ítems se buscaron descriptores de violencia en las bases de datos del Medical Subject Headings (MeSH) y del vocabulario estructurado y bilingüe “Descriptores en Ciencias de la Salud” (DeCS). Ejemplos: “prisons”, “prisoners”, “alcoholism”, “drug addiction”, “mentally ill persons” or “mental disorders”, “personality disorders”, “personality assessment”, “pathological gambling”, “self – injurious behavior”, “child abuse”, “violence domestic”, “impulsive behavior”, “assaultive behavior”, “suicide”, “suicide attempted”, etc.

2. Búsqueda libre en el motor de búsqueda Google.
3. Páginas de la Organización Mundial de la Salud (OMS), de la Organización Panamericana de la Salud, etc

CONSIDERACIONES ÉTICAS



La observación por encuesta, entendida en sentido restringido y no como averiguación o pesquisa general, acepción que abarca todos los tipos de observación, consiste en la obtención de datos de interés sociológico mediante la interrogación a los miembros de la sociedad.

Toda investigación es, en sí, por ser tal, una inquisición, que cuando se trata de encuesta ha de versar necesariamente sobre personas, e implica una intromisión en la intimidad de sus condiciones de vida, conducta, opiniones y actitudes. Por ello plantea el problema de los límites de su licitud, es decir, de su ética y todavía más aún cuando se está tratando con población privada de libertad.

La encuesta tiene tres exigencias éticas básicas:

1. Información a los encuestados de todos los aspectos que pueden influir en su participación (entidad que la promueve, finalidad de la misma, utilización de los datos...).
2. Respeto a la plena libertad de los encuestados de aceptar o no participar y poder abandonar en cualquier momento.
3. Hacer con los datos el uso autorizado por los encuestados y que se respete la confidencialidad y el anonimato.

La Dirección General de Instituciones Penitenciarias exigió que la colaboración de los presos fuera voluntaria y que se les informara personalmente de los objetivos del estudio de manera suficiente y clara, para que su participación fuera realmente libre. De esta circunstancia debería quedar nota escrita en el centro.

Con el fin de cumplir esta exigencia sin, por otra parte, violar el anonimato de la encuesta, se diseñó un modelo de Consentimiento Informado (ver Anexo III) que

contenía un código alfanumérico. Los presos que aceptaron participar procedieron a su firma y se estampó el mismo código en la encuesta que rellenaron. El Consentimiento Informado, documento que contenía los datos del interesado, se archivó en la Historia Clínica del preso bajo la salvaguardia del Centro Penitenciario, mientras que el cuestionario, en el que sólo constaba el código, quedó en poder de los investigadores.

CRONOGRAMA



	2003												2004												2005												2006												2007												2008												2009																													
	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D						
Busqueda de Items de Violencia																																																																																																						
Elaboracion del Pre - Test																																																																																																						
Aplicación del Pre - Test en Controles																																																																																																						
Aplicación del Pre - Test en Casos no carcelarios																																																																																																						
Creacion de la Encuesta Definitiva																																																																																																						
Selección de la Muestra																																																																																																						
Aplicación de la Encuesta																																																																																																						
Introducción de los Datos en una Base Informática																																																																																																						
Análisis de los Datos																																																																																																						
Redacción de la Tesis Doctoral																																																																																																						

ANÁLISIS de los FACTORES de RIESGO

Antecedentes de Enfermedad Mental

Enfermedades Médicas

Violencia Autoinfligida

Trastornos de la Personalidad

Estancia en Prisión

Delitos Violentos

Antecedentes Delictivos Familiares

Impulsividad y Violencia

Drogodependencia

Abuso de Alcohol

Juego Patológico

Historial de Abusos

Tatuajes

Estructura Familiar en la Infancia

Personalidad



Antecedentes de Enfermedad Mental



TRANSTORNO MENTAL

En el DSM – IV TR¹ este término implica una distinción entre trastornos “mentales” y “físicos”, lo que constituye un anacronismo reduccionista de la dualidad mente/cuerpo. A pesar de que este manual proporciona una clasificación de las enfermedades mentales, debe admitirse que no existe una definición que especifique adecuadamente los límites de este criterio. Al igual que otros muchos términos en la medicina y la ciencia, el concepto carece de una definición operacional consistente que englobe todas las posibilidades. Los trastornos mentales han sido definidos mediante una gran variedad de vocablos (malestar, descontrol, limitación, incapacidad, inflexibilidad, irracionalidad, patrón sindrómico, etiología y desviación estadística...). Cada uno es un indicador útil para un tipo de trastorno, pero ninguno equivale al concepto y cada caso requiere una definición distinta.

Tabla I. ANTECEDENTES de ENFERMEDAD MENTAL por CENTRO PENITENCIARIO

Categorías	C.P. DAROCA	C.P. ZUERA		Total Zuera	TOTAL Zuera + Daroca
		Hombres	Mujeres		
Antecedente Personal	51,1%	56,9%	66%	59,7%	57,8%
Antecedente Familiar	34%	41,5%	57,7%	46,3%	43,6%
Antecedente Personal + Familiar	22,4%	29,5%	40%	32,8%	30,5%

Prácticamente el 60% del total de presos tenía antecedentes personales de enfermedad mental, casi el 44% antecedentes familiares y el 30% de ambos, siendo todas estas circunstancias más frecuentes entre los reclusos de Zuera y, particularmente, entre las mujeres.

La enfermedad mental personal más habitual fue la depresión (61%). Entre los antecedentes familiares destacaron, de nuevo, la depresión (57,4%), seguida en igual porcentaje de la esquizofrenia y los trastornos de la personalidad (10,5%).

Tabla II. ENFERMEDADES MENTALES PERSONALES y FAMILIARES MÁS FRECUENTES por CENTRO PENITENCIARIO					
Enfermedad Mental	C.P. DAROCA	C.P. ZUERA		Total Zuera	TOTAL Zuera + Daroca
		Hombres	Mujeres		
Enfermedades Mentales Personales					
Depresión	61,1%	57,3%	69,8%	61%	61%
Esquizofrenia	--	6,9%	7,3%	7%	5,7%
Neurosis	9,1%	4%	2,4%	3,5%	4,5%
Trastorno Bipolar	6,1%	15%	9,5%	13,4%	12%
Trastorno de Personalidad	27,3%	18,8%	14,6%	17,6%	19,4%
Enfermedades Mentales Familiares					
Depresión	77,3%	46,9%	73%	54,1%	57,4%
Esquizofrenia	14,3%	8,4%	13,9%	9,9%	10,5%
Neurosis	4,8%	3,1%	2,9%	3,1%	3,3%
Trastorno Bipolar	4,8%	6,3%	5,7%	6,2%	6%
Trastorno de Personalidad	9,5%	11,6%	8,3%	10,7%	10,5%

En un estudio realizado en la Prisión de Villabona², de los 34 ingresados en la enfermería, un 41,2% fueron diagnosticados de patología psiquiátrica: un 36% de cuadros psicóticos, depresión en el 29%, retraso mental en el 14% y trastornos de la personalidad en el 7%.

En una muestra de 121 internos tomada en 1989 en la prisión provincial de Oviedo se detectaron antecedentes de patología psiquiátrica en el 30% de los casos³.

En el Módulo Penitenciario del Hospital Universitario "Miguel Servet" de Zaragoza, la prevalencia de trastornos psiquiátricos encontrada durante el periodo 2000 – 2005 sobre 836 ingresos fue del 16,2%⁴.

Los estudios realizados en la década de los 80 (Coid⁵, 1984; Smith⁶, 1984 y Jemelka⁷, 1989) señalaban que no eran más frecuentes los trastornos mentales en población penitenciaria comparados con la población general. Esto contrasta con la

literatura existente a partir de esta fecha. En 1998 un estudio realizado por Singleton et al.⁸ en Inglaterra y País de Gales, auspiciado por la Oficina de Estadística Nacional Inglesa, reveló que la concurrencia de trastornos mentales es frecuente: un 90% de los presos presentaba algún trastorno mental. Además casi el 25% de la población de presos preventivos presentaba cuatro o cinco trastornos psiquiátricos comórbidos.

En 1991 Gunn⁹ analiza una muestra de 1.769 presos sentenciados con un 2% de trastornos psicóticos utilizando criterios CIE-9 mediante entrevista estructurada. Estos datos coinciden con los hallazgos de Teplin¹⁰ en 1996 con una muestra de 1.272 mujeres encarceladas sumando al 2% del trastorno esquizofrénico, un 14% de episodios depresivos.

Otros estudios ingleses informan de la presencia de psicosis en el 7,5% de los varones condenados, en el 10% de los varones preventivos y en el 14% de las mujeres (en ambas situaciones).

Por diagnósticos, las tasas de esquizofrenia registradas en la población penitenciaria oscilan del 2% al 4%¹¹. Las diferencias existentes podrían deberse a que la población estudiada fuera preventiva o ya sentenciada. Entre los preventivos las tasas de trastorno esquizofrénico son más elevadas, ya que los sentenciados pueden ser derivados a hospitales psiquiátricos no penitenciarios.

Más alta es la prevalencia encontrada para los trastornos depresivos en población penitenciaria (10-12%), destacando los crónicos de grado moderado (como distimia) o los recurrentes, siendo mucho menos frecuentes los de grado severo⁹.

Tabla III. ANTECEDENTES de ENFERMEDAD MENTAL en CASOS y CONTROLES		
Categorías	PRESOS (Casos=239)	MUESTRA de POBLACIÓN GENERAL (Controles=494)
Antecedente Personal	57,8%	11,7%
Antecedente Familiar	43,6%	36,8%
Antecedente Personal + Familiar	30,5%	8%

Tasa de No Respuesta en Controles
15,2%
13,2%
14,4%

Cuando se compararon los antecedentes de enfermedad mental personal entre los presos y la muestra de población general, se encontró una relación 5:1, que fue estadísticamente significativa ($p < 0,001$). En el antecedente familiar los porcentajes obtenidos no fueron tan dispares y en la combinación de ambos resultó casi cuatro veces mayor en los reclusos, hallándose también diferencias para estos dos últimos antecedentes ($p < 0,001$).

Tabla IV. ENFERMEDADES MENTALES PERSONALES y FAMILIARES MÁS FRECUENTES en CASOS y CONTROLES (entre los que tienen antecedentes)		
Enfermedad Mental	PRESOS (Casos)	MUESTRA de POBLACIÓN GENERAL (Controles)
Enfermedades Mentales Personales		
Depresión	61%	91,8%
Esquizofrenia	5,7%	2,2%
Neurosis	4,5%	4,3%
Trastorno Bipolar	12%	4,3%
Trastorno de Personalidad	19,4%	6,5%
Enfermedades Mentales Familiares		
Depresión	57,4%	21,2%
Esquizofrenia	10,5%	0,7%
Neurosis	3,3%	1,4%
Trastorno Bipolar	6%	0,7%
Trastorno de Personalidad	10,5%	1,4%

Entre los que tenían antecedentes personales de enfermedad mental, la patología más referida fue la depresión, tanto en los encarcelados como en la muestra de población general; aunque no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,258$), excepto para el trastorno bipolar y el de personalidad ($p < 0,05$). Estas dos últimas enfermedades, aunque en un porcentaje menor, de igual forma ocupaban un lugar importante (19,4% y 12%).

Y entre los que refirieron antecedentes familiares, también fue la depresión la más frecuente de las enfermedades mentales en los dos grupos objeto de comparación. Sin embargo, no se detectaron diferencias estadísticamente significativas ni para esta patología, ni para ninguna de las demás ($p > 0,05$).

La OMS refiere que las alteraciones psiquiátricas en las sociedades occidentales presentan una incidencia entre el 15 y el 65%¹². La incidencia de enfermos mentales entre la población penitenciaria es siete veces mayor que en la población general¹³.

En Méjico, los estudios en población general han estimado una prevalencia entre el 15 y el 18% de trastornos psiquiátricos entre la población adulta¹⁴.

Hay que destacar el trabajo de Fazel que revisa la información disponible en 62 estudios en 12 países y que abarca 22.790 prisioneros, que permite establecer las siguientes tasas de prevalencia de enfermedades mentales graves: psicosis (3,7% de varones y 4% de mujeres); depresión mayor (10% de varones y 12% de mujeres), y trastornos de la personalidad (65% de varones y 42% de mujeres). Estas prevalencias son entre dos y cuatro veces superiores a las encontradas en la población general para psicosis y depresión mayor, suponiendo una gran carga asistencial para las instituciones penitenciarias¹⁵.

Por otra parte, han sido muchos autores los que han puesto de manifiesto la importancia de los trastornos de personalidad entre la población penitenciaria¹⁶.

CONCLUSIONES

1. Los antecedentes de enfermedad mental fueron elevados en los reclusos aragoneses, siendo la depresión y los trastornos de la personalidad las patologías más frecuentes.
2. La concurrencia entre enfermedad mental y prisión ha sido puesta de manifiesto por muchos autores a partir de la década de los 90 y también se comprobó en esta tesis.
3. Los antecedentes de enfermedad mental resultaron más frecuentes entre las personas encarceladas que en la muestra poblacional. La depresión constituyó la enfermedad más implicada en ambos grupos.
4. Los trastornos de personalidad representan una entidad a tener en cuenta, tanto el medio penitenciario como en la población general, a pesar de que su prevalencia es menor que la depresión.

BIBLIOGRAFÍA

¹ López-Ibor JJ, Valdés M (dir.) "DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado". Barcelona: Masson; 2002.

² Martínez Cordero, A. Perfil patológico el interno ingresado en la Enfermería de un Centro Penitenciario. Rev Esp Sanid Penit 2000; 2: 41–47.

³ Martínez-Cordero A, Hinojal R, Bobes J, Martínez-Jarreta B. Diferencias epidemiológicas en delinquentes con relación a sus antecedentes psiquiátricos. Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiatr. 1994; 22(4): 153–157.

⁴ Calvo Provisional, Soler C, Día JC, Ventura T. Prevalencia de trastornos psiquiátricos en pacientes ingresados por el Servicio de Psiquiatría en el Módulo Penitenciario del H.U.M.S. Rev Esp Sanid Penit 2008; 10: 70 – 73.

⁵ Coid J et al. How many psychiatric patients in prison? Br J Psychiatry 1984; 145: 78 – 86.

⁶ Smith R. The mental health of prisoners. Br Med J (Clin Res Ed) 1984; 288 (6414): 386–388.

⁷ Jemelka R, Trupin E, Chiles JA. The mentally ill in prisons: a review. Hosp Community Psychiatry. 1989 May;40(5):481-91.

⁸ Singleton N, Meltzer H, Gatward R, Coid J, Deasy D. Psychiatric morbidity among prisoners in England and Wales. Office for National Statistics, Government Statistical Service, London 1998.

- ⁹ Gunn J, Maden A, Swinton M. Treatment needs of prisoners with psychiatric disorders. *BMJ* 1991; 303: 338-41.
- ¹⁰ Teplin LA, Abram KM, McClelland G. Prevalence of psychiatric disorders among incarcerated women. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53: 505-513.
- ¹¹ Andersen H. Mental Health in Prison Populations. A review. *Act. Psych. Scan. Supplementum N. 424.* 110. 2004.
- ¹² Informe sobre la Salud en el Mundo 2001. *Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas.* Organización Mundial de la Salud (OMS). Ginebra, 2001.
- ¹³ Mendelson, EF. A survey of Practice at a Regional Forensic Service: What Do Forensic Psychiatrists Do? Part I – II: Characteristics of cases and distribution of work. *British Journal Psychiatry* 1992; 160: 769–772; 773–776.
- ¹⁴ Caraveo JJ. La prevalencia de los trastornos psiquiátricos en la población mexicana. Estado actual y perspectivas.
- ¹⁵ Fazel S, Danesh J. Serious disorder in 23.000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *The Lancet* 2002; 359: 545-550.
- ¹⁶ Singleton N, Meltzer H, Gatward R. *Psychiatric Morbidity among Prisoners in England and Wales.* London: Office for National Statistics, 1998.

Enfermedades Médicas



Epilepsia
Traumatismo Craneoencefálico
Accidente Cerebrovascular

ENFERMEDADES MÉDICAS

En el DSM – IV TR¹, los criterios diagnósticos para el CAMBIO de PERSONALIDAD debido a una ENFERMEDAD MÉDICA (epilepsia, traumatismo craneoencefálico, accidente cerebrovascular, etc) son:

A. Alteración duradera de la personalidad que representa un cambio de las características previas del patrón de personalidad del sujeto. (En los niños la alteración se expresa por una acusada desviación del desarrollo normal o por un cambio significativo en el patrón habitual del comportamiento del niño y que se mantiene como mínimo durante 1 año.)

B. Demostración, a través de la historia, de la exploración física o de las pruebas de laboratorio, de que la alteración es un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica.

C. La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (incluyendo otros trastornos mentales debidos a enfermedad médica).

D. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium y no cumple los criterios diagnósticos para la demencia.

E. La alteración causa un malestar clínicamente significativo o deterioro laboral, social o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Tabla I. ENFERMEDADES FÍSICAS relacionadas con la VIOLENCIA por CENTRO PENITENCIARIO					
Categorías	C.P. DAROCA	C.P. ZUERA		Total Zuera	TOTAL Zuera + Daroca
		Hombres	Mujeres		
Traumatismo Craneoencefálico	5,8%	8,7%	5%	7,5%	7,1%
Epilepsia	5,8%	6,3%	6,7%	6,4%	6,3%
Accidente Cerebrovascular	1,9%	4,7%	3,3%	4,3%	3,8%

Tabla II. ENFERMEDADES relacionadas con la VIOLENCIA en CASOS/CONTROLES		
Categorías	PRESOS (Casos)	MUESTRA de POBLACIÓN GENERAL (Controles)
Traumatismo Craneoencefálico	7,1%	2,4%
Epilepsia	6,3%	0,9%
Accidente Cerebrovascular	3,8%	0,4%

La enfermedad física más paradigmática en cuanto a su relación con la violencia es la epilepsia. La relación entre la epilepsia y la violencia se ha debatido durante más de un siglo. El debate cobró una nueva importancia debido al creciente uso de la “defensa de la epilepsia” en los casos penales.

La prevalencia de epilepsia entre los presos de Zuera y Daroca es de dos a cuatro veces mayor que en los controles; sin embargo, la frecuencia de esta enfermedad es similar a la encontrada en otras poblaciones de menor nivel socioeconómico, de la cual proceden la mayoría de los reclusos².

De las tres enfermedades estudiadas, la más frecuente, tanto en los presos como en los controles, fueron los traumatismos craneoencefálicos.

La prevalencia de cualquiera de estas tres enfermedades médicas fue más elevada en los presos que en la muestra de la población general, sobre todo en el caso de la epilepsia. Las diferencias encontradas fueron estadísticamente significativas ($p < 0,001$) en las tres patologías.

La epilepsia no es más habitual en las personas condenadas por delitos violentos, comparadas con otros presos. No hay pruebas de que la violencia sea más común entre los epilépticos que entre los que no lo son, y tampoco de que la violencia sea más frecuente en según que tipos de epilepsia (la del lóbulo temporal)³.

La violencia ictal es poco usual y, cuando se produce, generalmente toma la forma de “violencia resistente” como resultado de la restricción física al final de un ataque, mientras el paciente sigue estando confuso. La violencia en el comienzo de una crisis es extremadamente rara y estereotipada.

Aunque es muy raro que las crisis epilépticas provoquen actos de agresión o violencia (Knox, 1968⁴; King y Ajmone Marsan, 1977⁵; Schachter, 2001), e incluso menos común que den lugar a actos delictivos (Gunn y Fenton⁶, 1971; Delgado-Escueta et al., 1981⁷; Mackay, 1990⁸, 1995⁹; Mackay y Kearns, 1999¹⁰; Mackay et al., 2006¹¹), durante mucho tiempo se ha reconocido

que las descargas epilépticas cerebrales o los estados postictales pueden estar asociados con comportamientos complejos de disociación del control volitivo (Grensemann, 1968¹²).

Los automatismos epilépticos son tratados de forma muy diferente en cada nación (Falk-Pedersen, 1997¹³), pero en los países occidentales se reconoce que la comisión de un delito por un persona en ese estado o un individuo que no distingue el carácter delictivo de un acto a causa de una crisis epiléptica, no puede ser legalmente responsable del acto criminal. En el Derecho Penal inglés estos principios derivan de la Regla de M'Naghten (1843), que examinan la condición mental de los acusados en el momento de la presunta infracción y, de existir una enfermedad mental o un estado mental patológico, son declarados “no culpables por razón de la locura” (NGRI).

Con objeto de explorar la relación entre epilepsia y el comportamiento criminal, se analizaron las series de casos sobre la base de todas las causas penales encontradas “no culpables por razón de la locura” (NGRI) a causa de la epilepsia en Inglaterra y Gales entre 1975 y 2001. Se identificaron trece casos, lo que representa el 7,3% de todos los veredictos de NGRI. Los cargos incluían asesinato (1), intento de asesinato (1), asalto (7), incendio (2), rapto/secuestro (3) y robo (1). Los acusados eran casi todos varones, estaban desempleados en el momento de la infracción e incumplían la medicación. Más de dos tercios de ellos habían sido condenados por delitos anteriormente y sobre el 60% habían delinquido en un estado de intoxicación alcohólica. Cuando el delito se perpetró los síntomas psicóticos podían haber estado presentes en la mitad de los casos. Más de dos tercios de los delitos se produjeron, probablemente, durante el período postictal¹⁴.

En cuanto al traumatismo craneoencefálico (TCE) hay que decir que se asocia a largo plazo con problemas emocionales y de comportamiento que tienen un papel relevante sobre la capacidad del sujeto para el trabajo, la independencia funcional y las relaciones¹⁵.

Schofield et al (2006) realizaron una investigación en 200 reclusos australianos recientemente encarcelados y encontraron que el 82% tenía un antecedente de TCE en su pasado¹⁶. Sin embargo, en un estudio realizado en el Hospital Penitenciario de Alicante, sólo el 21% de los internados tenía antecedentes de este tipo¹⁷.

Rogers y Read (2007) encontraron un mayor riesgo para desarrollar trastornos psiquiátricos en pacientes con traumatismo craneoencefálico. Los sobrevivientes al TCE son particularmente susceptibles a la depresión mayor, al trastorno de ansiedad generalizada y al trastorno por estrés postraumático¹⁸.

También es interesante conocer qué posible relación tengan los accidentes cerebrovasculares (ACV) con la conducta agresiva. Los pacientes que sufren una enfermedad de este tipo, pueden manifestar una ira que altera su tratamiento y rehabilitación y crea una situación de estrés para la familia, la salud y los cuidadores de la salud¹⁹.

Botez et al (2007) descubrieron que el 7,3% de los sujetos que habían estudiado durante un año y que estaban en la fase de recuperación de un ACV de la arteria cerebral posterior, tuvieron comportamientos violentos y precisaron restricción física y neurolépticos²⁰.

Aybek et al (2005) dijeron que la observación sistemática de los comportamientos agudos emocionales después de un ACV, sugieren que las alteraciones son independientes del estado físico y anímico, debiéndose considerar como una consecuencia del derrame cerebral²¹.

CONCLUSIONES

1. Los antecedentes de epilepsia, de TCE y de ACV fueron más frecuentes entre la población reclusa que en la muestra de población control.
2. La enfermedad que más se relacionó con el total de individuos de la tesis doctoral fue el TCE.
3. No en todos los trabajos epidemiológicos está clara la relación entre la epilepsia y los comportamientos violentos. En esta investigación no se pudo determinar.
4. El ACV fue de las tres enfermedades médicas la menos prevalente entre los presos.

BIBLIOGRAFÍA

¹ López-Ibor Aliño, Juan J. & Valdés Miyar, Manuel (dir.) (2002). DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Barcelona: Masson. [ISBN 9788445810873](https://doi.org/10.1016/S0214-1416(02)70000-0).

² Treiman DM. Epilepsy and violence: medical and legal issues. *Epilepsia* 1986; 27 Suppl 2: 77 – 104.

³ Treiman DM. Violence and epilepsy defense. *Neurol Clin* 1999; 17 (2): 245 – 255.

⁴ Know SJ. (1968) Epileptic automatism and violence. *Med Sci Law* 8: 96 – 104.

⁵ King DW, Ajmone Marsan C. Clinical features and ictal patterns in epileptic patients with EEG temporal lobe foci. *Ann Neurol* 1977; 2:138–147.

⁶ Gunn J, Fenton G. Epilepsy, automatism, and crime. *Lancet* 1971; 1:1173–1176.

⁷ Delgado-Escueta AV, Mattson RH, King L, Goldensohn ES, Spiegel H, Madsen J, Crandall P, Dreifuss F, Porter RJ. Special report. The nature of aggression during epileptic seizures. *N Engl J Med* 1981; 305:711–716.

⁸ Mackay RD. Fact and fiction about the insanity defence. *Crim Law Rev* 1990; 247–255.

⁹ Mackay RD. (1995) *Medical condition defences in criminal law*. Oxford University Press, Oxford.

¹⁰ Mackay RD, Kearns G. More fact(s) about the insanity defence. *Crim Law Rev* 1999; 714–725.

¹¹ Mackay RD, Mitchell BJ, Howe L. Yet more facts about the insanity defence. *Crim Law Rev* 2006; 399–411.

¹² Grensemann H. (1968) *Die hippokratische Schrift “über die heilige Krankheit.”* De Gruyter, Berlin.

- ¹³ Falk-Pedersen JK. Automatismes in non common law countries. *Med Law* 1997; 16:359–365.
- ¹⁴ Reuber M, McKay RD. Epileptic automatism in the criminal courts: 13 cases tried in England and Wales between 1975 and 2001. *Epilepsia* 2008; 49 (1): 138 – 45.
- ¹⁵ Whelan – Goodinson R, Ponsford J, Schönberger M. Association between psychiatric state and outcome following traumatic brain injury. *J Rehabil Med* 2008; 40: 850 – 857.
- ¹⁶ Schofield PW, Butler TG, Hollis SJ, Smith NE, Lee SJ, Kelso WM. Neuropsychiatric correlates of traumatic brain injury (TBI) among Australian prison entrants. *Brain Inj* 2006; 20 (13 – 14): 1409 – 1418.
- ¹⁷ Iñigo C, Pérez-Cárcels MD, Osuna E, Cabrero E, Luna A. Perfil clínico y delictivo de los enfermos ingresados en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante. *Rev. Esp. Sanid. Penit.* 1999; 2; 25–31.
- ¹⁸ Rogers JM, Read CA. Psychiatric comorbidity following traumatic brain injury. *Brain Inj* 2007; 21 (13 – 14): 1321 – 1333.
- ¹⁹ Santos CO, Caeiro L, Ferro JM, Albuquerque R, Figueira M. Anger, hostility and agresión in the first days of acute stroke. *Eur J Neurol* 2006; 13 (4): 351 – 358.
- ²⁰ Botez SA, Carrera E, Maeder P, Bogousslavsky J. Aggressive behavior and posterior cerebral artery stroke. *Arch Neurol* 2007; 64 (7): 1029 – 1033.
- ²¹ Aybeck C, Carota A, Berney A et al. Emotional behaviour in acute stroke. Proceedings of the American Neurology of 54 Annual Meeting; Denver, USA; 2002: 13 – 20.

Violencia Autoinfligida



Riesgo de Suicidio

Intentos de Suicidio

Autolesiones

AUTOLESIONES

Otra forma frecuente de violencia dirigida contra uno mismo son las autolesiones (también llamadas automutilaciones), que consisten en la destrucción o alteración directa y deliberada de partes del cuerpo sin una intención suicida consciente. Favazza¹ ha propuesto tres categorías principales:

- La autolesión grave, que incluye cegarse y la amputación por la propia víctima de dedos, manos, brazos, pies o genitales.
- La autolesión estereotípica, como por ejemplo golpearse la cabeza contra la pared, morderse, golpearse las manos o los brazos, apretarse los ojos o la garganta y arrancarse los cabellos.
- La autolesión superficial o moderada, como cortarse, arañarse o quemarse la piel, clavarse agujas o tirarse compulsivamente del pelo.

(* Nota aclaratoria: En esta tesis doctoral no se preguntó por la automutilación grave sino por la estereotípica y la superficial o moderada).

Tabla I. AUTOLESIONES por CENTRO PENITENCIARIO						
Categorías	C.P. DAROCA	C.P. ZUERA		Total Zuera	TOTAL Zuera + Daroca	
		Hombres	Mujeres			
Autolesiones	41,3%	46,2%	53,7%	48,1%	46,6%	
Tipos Autolesiones	Tirarse y arrancarse el pelo	22,2%	15,7%	22,7%	17,8%	18,7%
	Golpearse en la cabeza	33,3%	46,2%	40%	44,4%	42,2%
	Golpear cosas	55,6%	65,4%	31,8%	55,4%	55,4%
	Arañarse y pellizcarse	16,7%	11,5%	31,8%	17,6%	17,4%
	Cortes y Quemaduras	83,3%	55,8%	65%	58,3%	63,3%
	Más de una	47,4%	50%	27,3%	48,7%	41%

Tasas de No Respuesta a la pregunta "Autolesiones"

11,5%

<10%

31,7%

15,5%

14,5%

Casi la mitad de la muestra penitenciaria se había producido daño de manera intencional. Este porcentaje era mayor en Zuera que en Daroca, siendo el subgrupo más frecuente el de las mujeres, con más del 50% de episodios autolesivos. Sin embargo, este último dato hay que interpretarlo con cautela, dada la gran tasa de no respuesta entre las reclusas.

El tipo de autolesiones más frecuente fueron los cortes y quemaduras y, en segundo lugar, golpear cosas.

La autoagresión es una conducta difícil de comprender y poco estudiada que aparece con cierta frecuencia entre los reclusos. La prevención y la evaluación de factores de riesgo de episodios de autolesión son una práctica compleja en el área clínica y penitenciaria. Para Kahan y Pattison (1984) dichos episodios poseían suficiente relevancia y propusieron su identificación en una entidad diagnóstica independiente en la nosología DSM – IV². Sus detractores lo consideraron arriesgado y argumentaron que dichos episodios tenían que ser entendidos como conductas integrantes de un amplio espectro de trastornos del eje I y II³.

Algunos datos ponen de manifiesto las mayores prevalencias entre jóvenes varones en población general y en población penitenciaria^{4,5}. En 1998, entre los reclusos de Cataluña, se registraron un total de 854 conductas autolesivas de los 5956 presos de la comunidad autónoma. En el mismo año y, concretamente, en el Centro Penitenciario de Jóvenes de Barcelona, de un total de 71 conductas autolesivas el 94% correspondieron a autolesiones leves y un 6% a autolesiones graves⁶.

Arroyo y Castellano (1996) estudiaron la fisiopatología de las autoagresiones observadas en una prisión española durante unos cinco años. Éstas aparecieron en el 23,7% de los individuos frecuentemente de forma reiterada. Estos autores también comentaron que en el ambiente penitenciario se dan una falta de mecanismos de comunicación, tanto internos como con el exterior, que provoca que la autoagresión se convierta en una forma de lenguaje con la que se expresa agresividad, ansiedad o sentimientos de desesperanza vividos por el recluso en un momento determinado. Ellos dijeron que había que resaltar la forma de presentación epidémica en la prisión del autolesivismo, bien como conducta impuesta por un líder o como consecuencia de fenómenos de contagio entre los internos. Salir a un hospital, dificultar el traslado del interno a otro centro, a juicio, etc, así como el trastorno mental de distinto grado, fueron las causas de la autoagresión⁷.

Por su parte, Martín – Sánchez et al. (1997) en un estudio sobre la evolución de la prevalencia de infección por virus de la inmunodeficiencia humana en población reclusa al ingreso en prisión, encontró un 17% de antecedentes de autolesiones sobre 2.252 sujetos⁸.

Haw et al (2001) concluyeron que los episodios de autolesiones se asocian con trastornos de ansiedad, afectivos, somatoformes, esquizofrénicos y trastornos de la personalidad⁹. Evans (1996) había puesto de manifiesto la relación entre la impulsividad y las autolesiones en una muestra de pacientes hospitalizados¹⁰.

Los episodios de autolesión son el resultado final de una variedad de acontecimientos sociobiográficos, trastornos de personalidad y síndromes clínicos, además de otros como la duración de la condena, los motivos que indujeron a este comportamiento anómalo o las estrategias de doping. Liebling (1992 y 1993) informó que dichos episodios son frecuentes entre presos con deficitarias estrategias de afrontamiento^{11,12}.

Algunos estudios dan fe de las diferencias existentes entre sujetos con un único episodio de autolesión y los que presentan varios episodios, siendo estos últimos los que presentaron estrategias de afrontamiento pasivas, mayor prevalencia de sintomatología depresiva¹³, antecedentes psiquiátricos¹⁴, trastornos relacionados con el consumo de alcohol y personalidades antisocial^{15,16} y límite¹⁷.

Tabla II. AUTOLESIONES en CASOS/CONTROLES			
Categorías		PRESOS (Casos)	MUESTRA de POBLACIÓN GENERAL (Controles)
Autolesiones		46,6%	6,7%
Tipos Autolesiones	Tirarse y arrancarse el pelo	18,7%	24%
	Golpearse en la cabeza	42,2%	40,6%
	Golpear cosas	55,4%	66,5%
	Arañarse y pellizcarse	17,4%	23,7%
	Cortes y Quemaduras	63,3%	46,6%
	Más de una	41%	30,3%

Como puede observarse en la tabla inmediatamente superior, la diferencia de porcentaje entre los episodios autolesivos de los casos y los de la muestra de la

población general son muy grandes: un 46,6% en los presos frente al escaso 7% entre los controles. Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas ($p < 0,001$). Los tipos de lesiones más habituales entre los controles son los mismos que entre los casos, pero con distinta frecuencia: en primer lugar aparece “golpear cosas” (66,5%) y no “cortes y quemaduras” que está en segundo lugar (46,6%). Por último, tanto en un grupo como en otro, se sitúa “golpearse la cabeza” (40,6%).

En torno a 170.000 personas la mayoría adolescentes o jóvenes tienen que ser hospitalizados al año tras dañarse mediante algún tipo de acto de autolesionarse en el Reino Unido según un estudio de un organismo gubernamental divulgado por la publicación “The Independent”.

Según el Dr. Tim Kendall, co – director del Centro Nacional de Salud Mental y que ha participado en el estudio, la automutilación y el suicidio se han convertido en la tercera causa de disminución de la esperanza de vida, tras el cáncer y las enfermedades cardiovasculares¹⁸.

Entre las personas de 15 a 44 años de edad, las lesiones autoinfligidas son la cuarta causa de muerte y la sexta causa de mala salud y discapacidad¹⁹. Estas lesiones, incluido el suicidio, causaron aproximadamente 814000 defunciones en el año 2000. El “Estudio sobre el Peso Global de las Enfermedades” (GBD), del año 2000, les atribuye el 1,3% de todos los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD)²⁰.

El número de adolescentes que se realizan así mismos cortes o quemaduras deliberadamente está creciendo a medida que la idea se difunde en blogs, canciones y en las escuelas. Los últimos datos estiman que uno de cada seis adolescentes estadounidenses realiza esta práctica. David Klonsky, profesor de Psicología en la Universidad de Stony Brook en Nueva York, llevó a cabo un estudio (2007) del tema motivado por este aumento. De acuerdo con sus datos, los chicos que realizan esta práctica, la usan para lidiar con sentimientos de depresión o ansiedad. Históricamente,

las autolesiones se han considerado un comportamiento extraño asociado al suicidio y varias enfermedades mentales. Sin embargo, la investigación que analiza tres décadas de estudios sobre el tema, halló que a menudo estaba vinculado con la depresión, pero no con el suicidio. Klonsky señaló que esta conducta se está convirtiendo en un problema importante en las escuelas de Estados Unidos, Reino Unido y Australia y que los profesionales no saben cómo manejarla²¹.

SUICIDIO

Para Emile Durkheim²² el *suicidio* es “toda muerte que resulta mediata o inmediatamente de un acto positivo o negativo realizado por la víctima misma a sabiendas de su resultado”.

Para la OMS²³ el *intento de suicidio* es “un acto sin resultados fatales, en el cual un individuo inicia deliberadamente una conducta no habitual que, sin la intervención de otros, podría causar autolesiones; o una sobreingesta deliberada de la medicación prescrita o de la dosis terapéutica generalmente aceptada con el propósito de que se produzcan cambios ambientales y/o familiares deseados por el sujeto, a partir de las consecuencias físicas reales o esperadas”.

Categorías del Beck	C.P. DAROCA	C.P. ZUERA		Total Zuera	TOTAL Daroca+Zuera
		Hombres	Mujeres		
Riesgo Ninguno o Mínimo	50%	36,5%	50%	40,7%	42,7%
Riesgo Leve	40,4%	49,2%	32,1%	44%	43,2%
Riesgo Moderado	3,8%	11,9%	16,1%	13,2%	11,1%
Riesgo Severo	3,8%	2,4%	1,8%	2,2%	3%

Tabla IV. INTENTOS de SUICIDIO por CENTRO PENITENCIARIO

Categorías			C.P. DAROCA	C.P. ZUERA		Total Zuera	TOTAL Zuera + Daroca
				Hombres	Mujeres		
Intentos de Suicidio			29,2%	36,7%	51%	40,8%	38,2%
Nº de Veces (Mediana)			2	2	2	2	2
Nº de Veces (Categorizada)	1 – 5 veces	1 vez	21,4%	27,9%	47,8%	34,8%	32,5%
		2 veces	35,7%	23,3%	21,7%	22,7%	25%
		3 veces	14,3%	20,9%	8,7%	16,7%	16,3%
		4 veces	--	4,7%	8,7%	6,1%	5%
		5 veces	14,3%	14%	4,3%	10,6%	11,3%
	6 – 10 veces	--	9,3%	4,3%	7,6%	6,3%	
	11 – 15 veces	7,1%	--	4,3%	1,5%	2,6%	
	16 – 20 veces	7,1%	--	--	--	1,3%	

La población penitenciaria de Aragón presentó un riesgo moderado – severo de suicidio, medido mediante la Escala de Desesperanza de Beck, de un 14,1%. Casi un 40% de los presos habían intentado suicidarse, la mediana de los intentos fue de 2 y el 32,5% sólo lo había intentado una vez, el 25% dos y más del 15% tres veces.

Según la OMS el suicidio es la primera causa de muerte violenta y la décimo tercera causa principal de muerte en el mundo; cada 40 segundos en algún rincón del planeta una persona acaba con su vida²⁴. Hay algunos colectivos, como los presos, que son particularmente vulnerables al suicidio²⁵. La muerte en prisión, especialmente por esta causa, se ha convertido ya en la mayor preocupación de las Instituciones Penitenciarias en España: 1 de cada 5 presos que fallece en la cárcel lo hace por suicidio. En el 2005 hubo 33 muertos por etiología suicida en las cárceles españolas, lo cual supone una tasa anual de 68 por cien mil habitantes, 11 veces superior a la de la población total²⁶. En una publicación reciente americana el suicidio es la tercera causa de muerte en prisiones americanas y la segunda en centros de detenidos²⁷.

Estudios publicados en el Reino Unido hablan del incremento en el número de suicidios consumados en los últimos años, concretamente un 5,5% al año desde 1989, llegando a alcanzar cifras de 140 suicidios por 100.000 personas en 1999 en una población de 64.800 presos²⁸.

De entre los factores clínicos el consumo de drogas como diagnóstico primario o secundario a otros trastornos mentales, los trastornos de la personalidad y los psicóticos y afectivos son los diagnósticos más prevalentes entre la población suicida²⁹. La desesperanza, cambios en el estado emocional se correlacionan directamente con el comportamiento suicida³⁰. A destacar que tanto el trastorno antisocial de la personalidad como el límite, muy prevalentes en entornos penitenciarios, se relacionan con comportamiento suicida³¹.

No escapa a nadie que la cárcel por sí misma ejerce un papel estresor ambiental de impacto para el preso. Anasseril (2006) analiza cuáles son las variables que intervienen como factores de riesgo para el suicidio en prisión: las primeras 24 – 48 horas de detención y los 30 primeros días cuando la persona ingresa en la cárcel es el momento más crítico, sobretodo en aquellos internos con historia de intentos de suicidio previo. Otros factores serían las regresiones en la libertad condicional, las enfermedades médicas crónicas, o las pérdidas (separación, divorcio o muerte de un ser querido). La mayoría de los suicidios ocurren en unidades de máxima seguridad y en celdas individuales o de aislamiento²⁶.

Sobre el 80% de los suicidios se producen por ahorcamiento. Recordar que sólo 2 kgrs de presión son suficiente para que no llegue sangre al cerebro y la muerte por asfixia llega transcurridos 5 – 7 minutos³².

Se puede decir que sufrir algún trastorno mental, el estado psicopatológico de depresión y desesperanza, los intentos de suicidio previos son un estresor psicosocial reciente y actúan de precipitantes del acto suicida. A las variables anteriores cabría añadir el ser hombre joven, haber estado ingresado en una cárcel de máxima seguridad y estar ubicado en una celda individual³³.

Tabla V. RIESGO de SUICIDIO según BECK en CASOS/CONTROLES		
Categorías del Beck	PRESOS (Casos=239)	MUESTRA de POBLACIÓN GENERAL (Controles=494)
Riesgo Ninguno o Mínimo	42,7%	57%
Riesgo Leve	43,2%	35,4%
Riesgo Moderado	11,1%	6,1%
Riesgo Severo	3%	1,4%

La muestra de población general tenía un riesgo moderado – severo de suicidio, aproximadamente la mitad que el de la población penitenciaria de Daroca y Zuera. Las diferencias encontradas fueron estadísticamente significativas ($p < 0,001$).

Tabla VI. INTENTOS de SUICIDIO en CASOS/CONTROLES				
Categorías	PRESOS (Casos=239)	MUESTRA de POBLACIÓN GENERAL (Controles=494)		
Intentos de Suicidio	38,2%	2,4%		
Nº de Veces (Mediana)	2	1		
Nº de Veces Categorizada	1 – 5 veces	1 vez	32,5%	72,7%
		2 veces	25%	9,1%
		3 veces	16,3%	9,1%
		4 veces	5%	--
		5 veces	11,3%	--
	6 – 10 veces	6,3%	9,1%	
	11 – 15 veces	2,6%	--	
16 – 20 veces	1,3%	--		

En cuanto a los intentos previos de suicidio, habían sido muchísimo más frecuentes entre los presos: relación 16:1. El número de veces en los casos dobló al de los controles, y estos últimos, en su inmensa mayoría, sólo habían intentado suicidarse una vez.

Las tasas estimadas de suicidio, en población general son de 18,9 por 100.000 habitantes en hombres y 10,6 en mujeres. En España las cifras descienden a unas

tasas del 7 – 8 por 100.000 habitantes mayor en población joven y de sexo masculino³⁴.

La suicidabilidad puede comprenderse como un espectro que abarca las ideas y deseos suicidas (ideación suicida), las conductas suicidas sin resultado de muerte (intentos suicidas) y los suicidios consumados o completados. Si bien existen importantes diferencias demográficas entre quienes intentan suicidarse y quienes lo consuman (los primeros tienden a ser mayoritariamente mujeres jóvenes y los segundos varones de mayor edad), se considera que éstos grupos conforman un continuo de creciente severidad y riesgo. Se ha demostrado que toda forma de suicidabilidad conlleva un riesgo incrementado a morir por suicidio. Pokorny (1976), por ejemplo, estimó en pacientes hospitalizados que quienes eran ideadores, amenazadores e intentadores de suicidio evidenciaban respectivamente, treinta, treinta y cinco y cuarenta veces mayor riesgo de autoinfligirse la muerte³⁵.

Se sabe que la mayoría de los potenciales suicidas ha visitado al médico en el mes previo a su muerte y que una proporción importante lo ha hecho la semana anterior, a menudo aportando indicios de su intención³⁶.

Un intento de suicidio es uno de los más fuertes predictores de suicidio. Quienes han efectuado una tentativa presentan una probabilidad de autoeliminación que alcanza del 1 al 2% al año siguiente al evento, riesgo 100 veces mayor que el de la población general. Se estima que eventualmente el 10% pone fin a su vida³⁷.

A raíz de todo lo comentado hasta aquí, la idea de que el suicidio es problema de Salud Pública parece obvia. La OMS comprendiendo su importancia estableció el “Día Mundial del Suicidio”, que se celebra cada año durante el mes de septiembre y ha declarado que es un acto prevenible³⁸.

CONCLUSIONES

1. Muchos de los presos de Daroca y Zuera se habían autolesionado, lo cual coincide con lo expuesto en otros estudios.
2. El subgrupo con más antecedentes de autolesiones fueron los internos de Zuera, en particular las mujeres.
3. El tipo de autolesiones más frecuentes entre los casos resultaron ser los cortes y quemaduras; mientras que en los controles fue golpear cosas.
4. Se concluyó que los presos se habían autolesionado con mayor frecuencia que la muestra de población general.
5. El riesgo de suicidio fue moderado – severo en una gran proporción de reclusos, medido con la “Escala de Desesperanza de Beck”. Sin embargo, entre los controles, fue bastante menor.
6. Muchos de los encarcelados presentaban historias previas de intentos de suicidio; incluso algunos de ellos varias veces. Estas aseveraciones coinciden con las encontradas en otras investigaciones.
7. Se demostraron frecuencias más altas de tentativas de suicidio entre los casos que entre los controles.
8. La prevalencia de tentativas de suicidio en la muestra de población general resultó superior a las de otros autores.

BIBLIOGRAFÍA

- ¹ Favazza A. Self-mutilation. En: Jacobs DG, ed. The Harvard Medical School guide to suicide assessment and intervention. San Francisco, CA: Jossey-Bass Publishers; 1999: 125 – 145.
- ² Kahan J, Pattison EM. Proposal for a distinctive diagnosis: the deliberate self – harm síndrome (DSH). Suicide Life Threat Behav 1984; 14 (1): 17 – 35.
- ³ Putnam ND. Should Deliberate self – harm be in DSM – IV? Am J Psychiatry 141 (1): 160 – 161.
- ⁴ Hawton K, Fagg J, Simkin S, Bale E, Bond A. Trends in deliberate self – harm in Oxford, 1985 – 1995. Implications for clinical services and the prevention of suicide. Br J Psychiatry 1997; 171: 556 – 560.
- ⁵ Gastó C, Vallejo J. Manual de diagnóstico diferencial y tratamiento en Psiquiatría. Barcelona: Masson; 2001.
- ⁶ Memoria del Departament de Justicia. Generalitat de Catalunya, 1999.

- ⁷ Arroyo JM, Castellano M. Fisiopatología de las autoagresiones en prisión. *Rev Esp Med Leg* 1996; xx (76 – 77): 17 – 28.
- ⁸ Martín – Sánchez V, Caylá JA, Morís ML, Alonso LE, Pérez R. Evolución de la prevalencia de infección por virus de la inmunodeficiencia humana en población reclusa al ingreso en prisión durante el período 1991 – 1995. *Rev Esp Salud Pública* 1997; 71: 269 – 280.
- ⁹ Haw C, Hawton K, Houston K, Townsend E. Psychiatric and personality disorders in deliberate self – harm patients. *Br J Psychiatry* 2001; 178: 48 – 54.
- ¹⁰ Evans J, Platts H, Liebenau A. Impulsiveness and deliberate self – harm: a comparison of first timers and repeaters. *Acta Psychiatr Scand* 1996; 93: 378 – 380.
- ¹¹ Liebling A. *Suicides in prison*. London: Routledge; 1992.
- ¹² Liebling A. Suicides in young prisoners: a summary. *Death Studies* 1993; 17 (5): 381 – 409.
- ¹³ Scout J, House R, Yates M, Harrington J. Individual risk factors for early repetition of deliberate self – harm. *Br J Med Psychol* 1997; 70: 387 – 393.
- ¹⁴ Fulwiler C, Forbes C, Santangelo SL, Folstein M. Self – Mutilation and Suicide Attempt: distinguishing features in prisoners. *J Am Acad Psychiatry Law* 1997; 25 (81): 69 – 77.
- ¹⁵ Owens D, Michael D, Read S, Davis N. Outcome of deliberate self – poisoning. An examination of risk factors for repetition. *Br J Psychiatry* 1994; 165: 797 – 801.
- ¹⁶ Stocks R, Scout AF. What happens to patients who frequently harm themselves? *Br J Psychiatry* 1991; 158: 375 – 378.
- ¹⁷ Sansone RA, Songer DA, Gaither GA. Aproximación diagnóstica a la personalidad borderline y su relación con la conducta autolesiva. *Internacional Journal of Psychiatry in Clinical Practice* (Ed. Esp) 2002; 1: 95 – 100.
- ¹⁸ Whittington CJ, Kendall T, Fonagy P, Cottrell D, Cotgrove A, Boddington E. Selective serotonin reuptake inhibitors in childhood depression: systematic review of published versus unpublished data. *Lancet* 2004; 363: 1341 – 1345.
- ¹⁹ Injury: a leading cause of the global burden of disease. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1999 (documento WHO/HSC/PVI/99.11).
- ²⁰ The Global Burden of Disease Study 2000. World Health Organization (WHO) 2000. Geneva; 2000.
- ²¹ Klonsky ED. The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical Psychology Review* 2007; 27 (2): 226 – 239.

- ²² Durkham E. *El Suicidio: Estudio de Sociología*. Barcelona: Editorial Losada S.L; 2004.
- ²³ Informe mundial sobre la violencia y la salud 2003. Publicado en español por la Organización Panamericana de la Salud para la OMS, Washington, D.C.
- ²⁴ Camilleri P, McArthur M. Suicidal behaviour in prisons: learning from Australian and international experiences. *Int J Law Psychiatry* 2008; 31 (4): 297 – 307. Review.
- ²⁵ Vera EJ, Vicente M, García – Guerrero J. Tendencia de la tasa de mortalidad en una prisión española (1994 – 2004). *Revista Española de Salud Pública* 2005; 79 (6): 673 – 682.
- ²⁶ Anasseril ED. Preventing Suicide in Prison: a collaborative responsibility on Administrative, Custodial and Clinical Staff. *J Am Acad Psychiatry Law* 2006; 34: 165 – 175.
- ²⁷ Hayes AJ, Shaw JJ, Lever-Green G, Parker D, Gask L. Improvements to suicide prevention training for prison staff in England and Wales. *Suicide Life Threat Behav* 2008; 38 (6): 708 – 713.
- ²⁸ Zaheer J, Links PS, Liu E. Assessment and emergency management of suicidality in personality disorders. *Psychiatr Clin North Am* 2008; 31 (3): 527 – 543. Review.
- ²⁹ Passerieux C, Hardy-Baylé MC. Mood disorders. *Rev Prat* 2008; 58 (16): 1809 – 1814. Review.
- ³⁰ Pompili M, Ruberto A, Girardi P, Tatarelli R. Suicidality in DSM IV cluster B personality disorders. An overview. *Ann Ist Super Sanita* 2004; 40 (4): 475 – 483. Review.
- ³¹ Gunnell D, Bennewith O, Hawton K, Simkin S, Kapur N. The epidemiology and prevention of suicide by hanging: a systematic review. *Int J Epidemiol* 2005; 34 (2): 433 – 442. Review.
- ³² Vicens E. Violencia y Enfermedad Mental. *Rev Esp Sanid Penit* 2006; 8: 95 – 99.
- ³³ Llacer A, Fernández – Cuenca R. España 2000, mortalidad por causa, sexo y grupo de edad. Centro Nacional de Epidemiología Instituto de Salud Carlos III, Madrid, 2003.
- ³⁴ Pokorny AD. A follow – up of 618 suicidal patients. *Arch Gen Psychiatry* 1966; 14: 1109 – 1116.
- ³⁵ Links PS, Balcand K, Dawe I, Watson WJ. Preventing recurrent suicidal behaviour. *Can Fam Physician* 1999; 45: 2656 – 2660.
- ³⁶ Hawton K. Assessment of suicide risk. *Br J Psychiatry* 1987; 153: 145 – 153.
- ³⁷ Maris W. *The relation nonfatal suicide attempts to completed suicides. Assessment and Prediction of Suicides*. New York: Guilford Press; 1992.
- ³⁸ Bertolote JM, Fleischmann A. A global perspective in the epidemiology of suicide. *Suicidology* 2002; 7 (2): 6 – 8.

Trastornos de la Personalidad



TRASTORNOS de la PERSONALIDAD

Los criterios internacionales generales de diagnóstico de los trastornos de la personalidad según el DSM – IV TR¹:

A. Un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto. Este patrón se manifiesta en dos (o más) de las áreas siguientes:

1. Cognición (p. ej., formas de percibir e interpretarse a uno mismo, a los demás y a los acontecimientos).
2. Afectividad (p. ej., la gama, intensidad, labilidad y adecuación de la respuesta emocional).
3. Actividad Interpersonal.
4. Control de los Impulsos.

B. Este patrón persistente es inflexible y se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales.

C. Este patrón persistente provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. El patrón es estable y de larga duración, y su inicio se remonta al menos a la adolescencia o al principio de la edad adulta.

E. El patrón persistente no es atribuible a una manifestación o a una consecuencia de otro trastorno mental.

F. El patrón persistente no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a una enfermedad médica (p. ej., traumatismo craneal).

La tasa de repuesta al cuestionario abreviado IPDE fue muy elevada: el 94% de los internos participantes de ambas cárceles contestaron adecuadamente. Con este instrumento de cribado se obtuvo una prevalencia general de Trastornos de la Personalidad en las prisiones de la provincia de Zaragoza del 65,3%: 52,7% en el Grupo A, 70,8% en el Grupo B y 72,4% en el Grupo C.

Sobre el total de la muestra, los Trastornos de la Personalidad más prevalentes fueron el Paranoide (38,1%) en el grupo de los raros y excéntricos (Grupo A), el Narcisista (56,5%) y el Antisocial (43,9%) en el grupo de los dramáticos y emocionales

(Grupo B) y el Obsesivo – Compulsivo (59,4%) en el grupo de los ansiosos y temerosos (Grupo C). Sin embargo, al analizar los datos por sexo sólo se obtuvieron resultados estadísticamente significativos ($p < 0,05$) para los Trastornos Límite e Histriónico. Y sólo para el Trastorno Paranoide cuando se determinó por centro penitenciario.

Únicamente un 8,4% de la población carcelaria presentaba cero diagnósticos de Trastornos de la Personalidad en todas sus categorías. Casi el 53% de los reclusos tenía algún diagnóstico de Trastorno de la Personalidad del Grupo A. La cifra se elevaba a más del 70% en el caso de los Grupos B y C. Pero no se encontraron diferencias significativas, ni por prisión, ni por sexo ($p > 0,05$).

Tabla I. TRASTORNOS de la PERSONALIDAD por CENTRO PENITENCIARIO						
Diagnósticos por Tipos de Trastornos de la Personalidad						
Trastornos de Personalidad (DSM-IV)		C.P. DAROCA	C.P. ZUERA		Total Zuera	TOTAL Zuera + Daroca
			Hombres	Mujeres		
GRUPO A	Paranoide	26,9%	44,9%	33,3%	41,2%	38,1%
	Esquizoide	26,9%	21,3%	18,3%	20,3%	21,8%
	Esquizotípico	25%	32,3%	21,7%	28,9%	28%
GRUPO B	Antisocial	44,2%	47,2%	36,7%	43,9%	43,9%
	Límite	38,5%	29,1%	10%	23%	26,4%
	Histriónico	42,3%	45,7%	15%	35,8%	37,2%
	Narcisista	61,5%	59,8%	45%	55,1%	56,5%
GRUPO C	Evitación	21,2%	36,2%	18,3%	30,5%	28,5%
	Dependencia	30,8%	52,8%	31,7%	46%	42,7%
	Obsesivo – Compulsivo	55,8%	68,5%	43,3%	60,4%	59,4%
Diagnósticos por Categorías de Trastornos de la Personalidad						
GRUPO A	Ningún diagnóstico	48,1%	43,3%	55%	47,1%	47,3%
	1 diagnóstico	34,6%	23,6%	23,3%	23,5%	25,9%
	2 diagnósticos	7,7%	24,4%	15%	21,4%	18,4%
	3 diagnósticos	9,6%	8,7%	6,7%	8%	8,4%
GRUPO B	Ningún diagnóstico	25%	23,6%	45%	30,5%	29,3%
	1 diagnóstico	9,6%	17,3%	18,3%	17,6%	15,9%
	2 diagnósticos	28,8%	23,6%	23,3%	23,5%	24,7%
	3 diagnósticos	26,9%	24,4%	11,7%	20,3%	21,8%
	4 diagnósticos	9,6%	11%	1,7%	8%	8,4%
GRUPO C	Ningún diagnóstico	32,7%	18,9%	41,7%	26,2%	27,6%
	1 diagnóstico	34,6%	23,6%	28,3%	25,1%	27,2%
	2 diagnósticos	25%	38,6%	25%	34,2%	32,2%
	3 diagnósticos	7,7%	18,9%	5%	14,4%	13%
Tasas de No Respuesta al IPDE		< 10%	< 10%	16,7%	< 10%	< 10%

El rango de los trastornos de personalidad en reclusos es muy elevado, en estudios americanos y canadienses la prevalencia se sitúa entre el 50% y el 75%^{2,3,4}.

Los estudios de epidemiología clínica de mayor alcance sobre los trastornos de la personalidad se han basado en evaluaciones clínicas no estructuradas. Es cuestionable la rigurosidad de éstos, al no utilizarse evaluaciones estandarizadas. El “Proyecto Rhode Island” es uno de los estudios clínicos epidemiológicos más extensos, que utiliza entrevistas semiestructuradas para evaluar los trastornos psiquiátricos en la práctica clínica extrahospitalaria. Más del 30% de 859 pacientes psiquiátricos ambulatorios presentaron un trastorno de la personalidad según el DSM – IV. A la mayoría de estos pacientes se les diagnosticó más de un trastorno. Los tipos evitación, límite y obsesivo – compulsivo fueron los diagnósticos más frecuentes⁵.

Hasta hace poco tiempo en España, no se había establecido la prevalencia de los trastornos de la personalidad en la población reclusa. No obstante, se estimaba que estaría en torno al 15 – 20% de este colectivo, predominando el tipo de Personalidad Antisocial, seguido del Límite y del Paranoide, aunque en según que estudios se hablaba del Narcisista⁶. En un estudio realizado durante cinco años en el Módulo Penitenciario del Hospital Universitario “Miguel Servet” de Zaragoza, la prevalencia de trastornos de la personalidad fue de un 22%⁷.

Riesco et al (1998) utilizaron el MMPI (Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota) sobre una muestra de 56 reclusos españoles y obtuvo una prevalencia perturbadora, concretamente el 91%⁸.

Los sujetos encarcelados y que padecen estos desórdenes, acumulan más sanciones disciplinarias, lo cual es un factor de distorsión del clima social, no suelen estar diagnosticados y evolucionan desfavorablemente en prisión⁹. En los reclusos participantes en esta investigación que tenían un número máximo de diagnósticos de trastornos de la personalidad, se pudo comprobar que había una relación estadísticamente significativa con haber sido sancionado, pero únicamente para el

Grupo B ($p=0,044$): el 57,9% de los no sancionados frente al 42,1% de los que sí lo estaban.

La alta prevalencia general de Trastornos de la Personalidad en prisión encontrada en esta tesis doctoral, el 65%, contrasta llamativamente con la hallada por Rubio Larrosa en el año 1992 o por Arroyo Cobo en el año 2002. Rubio Larrosa realizó un estudio en las prisiones de Daroca y Zaragoza mediante el PDE de Loranger, entrevista precursora del IPDE y encontró que el 28% de la población reclusa presentaba uno o varios diagnósticos de Trastorno de la Personalidad¹⁰. En la investigación realizada por Arroyo Cobo, sólo en la prisión de Zuera, se encontró una prevalencia del 31%⁷. Muy probablemente esta gran discrepancia se deba a que en esta tesis doctoral se ha utilizado un instrumento de screening que únicamente proporciona un perfil clínico y no un diagnóstico certero.

En otros países, con gran variabilidad también en cuanto a la herramienta de medida, los resultados obtenidos son muy similares a los logrados por los dos autores españoles anteriormente citados. En Venezuela se estima que el 28% de la población penitenciaria nacional padece un problema de Trastorno de la Personalidad¹¹. En un estudio en Francia se analizó a todos los sujetos que llegaban a la prisión durante un mes y a todos los que eran examinados, durante el mismo periodo, por los servicios regionales médico – psicológicos, dando como resultado que el 34% tenía Trastorno de la Personalidad¹². En una muestra carcelaria alemana se barajaba una cifra sensiblemente superior: el 53,2%¹³.

Esta tesis doctoral tampoco logró concluir que el Trastorno Antisocial de la personalidad fuera el más frecuente en el medio penitenciario, como así lo apuntó Rubio Larrosa (85%) y Arroyo Cobo (79%). El Trastorno Obsesivo – Compulsivo y el Narcisista serían los grandes protagonistas, quedando el Trastorno Antisocial en el tercer puesto. Sin embargo, no se obtuvieron cifras tan bajas como en el estudio venezolano, donde sólo hallaron prevalencias del 15% frente a las de esta tesis doctoral de casi el 45% para este desorden⁹.

Los conocidos como trastornos impulsivos de la personalidad son el Trastorno Límite y el Trastorno Antisocial¹². Los datos hallados avalan la afirmación sobre el Trastorno Límite ($p < 0,01$) pero no sobre el Antisocial ($p = 0,2$).

Los tipos de Trastorno de la Personalidad más implicados en las conductas violentas, según la bibliografía existente, son el Antisocial, el Paranoide y el Narcisista¹³. En las prisiones de la provincia de Zaragoza coincide sólo con el último mencionado ($p < 0,01$) y además destacan también los Trastornos Límite y Obsesivo – Compulsivo ($p < 0,01$ en ambos).

Alrededor del 9% de los reclusos en prisiones españolas, según datos del 2006 obtenidos mediante encuesta entre la población reclusa por el Plan Nacional sobre Drogas¹⁴, han consumido sustancias tóxicas en algún momento durante su estancia en prisión. En los centros penitenciarios de Daroca y Zuera esta cifra es bastante superior: el 23,9% reconocía abiertamente seguir consumiendo dentro de la cárcel. Aún con todo, muy probablemente, tanto en el estudio nacional como en el nuestro, la tasa esté infravalorada. A pesar de que el percentil medio de sinceridad que se obtuvo fue bueno, estas preguntas tan comprometidas tienden a ser contestadas con una respuesta social.

La tasa de internos que estaban siguiendo un programa de desintoxicación también fue mayor: 21% en la encuesta del Plan Nacional sobre Drogas y casi un 40% en la población penitenciaria aragonesa.

La prevalencia de Trastornos de la Personalidad entre sujetos con dependencia alcohólica es mucho mayor que en la población general¹⁵: desde un 44% hasta un 70%. El Trastorno Antisocial es considerado un factor de riesgo muy importante para el consumo de alcohol¹⁶, (aunque también de las demás sustancias psicótropas), lo que corrobora los datos de la presente tesis, en los que además resalta la figura del Narcisista como alcohólico.

En un estudio transversal de 162 pacientes diagnosticados de ludopatía, que fueron admitidos a tratamiento en una unidad específica¹⁷, el 61,1% de los ludópatas

presentaron algún Trastorno de la Personalidad, siendo más frecuente los del Grupo B (impulsivos), seguidos de los del Grupo C y después del A. La muestra de Daroca y Zuera que salió positiva al juego patológico, presentó como diagnósticos de la personalidad más frecuentes el Antisocial y el Límite (Grupo B). Los resultados fueron estadísticamente significativos ($p=0,031$ y $0,013$ respectivamente).

La proporción de enfermos mentales en prisiones es considerablemente más alta que en hospitales especializados para criminales psíquicamente enfermos. En la muestra carcelaria alemana, que hemos citado anteriormente¹¹, de 63 mujeres y 76 hombres, apareció al menos un diagnóstico del eje I en el 88,2%. En las cárceles de Daroca y Zuera, los presos con Trastorno de la Personalidad, tenían antecedente previo de enfermedad mental (fundamentalmente trastornos del eje I) en el 71,3% de los casos.

Numerosos estudios han demostrado que los Trastornos de la Personalidad de tipo impulsivo son muy prevalentes entre los individuos con trastorno por uso de sustancias. En una reciente revisión se encuentra que el porcentaje de Trastorno Límite de la Personalidad en población normal es 1,7% y en adictos tratados sube a 17,7%; mientras que el Trastorno Antisocial de la Personalidad pasa de 2,2% en la población general a 22,9% en toxicómanos en tratamiento. Estos hallazgos se han confirmado en adictos no tratados, por lo cual no puede achacarse el sesgo de Berkson¹⁸. En los participantes de las cárceles de Aragón es el Trastorno Obsesivo – Compulsivo con conductas impulsivas el que consume drogas en mayor porcentaje (68,4%).

El Trastorno de la Personalidad más relacionado con la conducta suicida es el Trastorno Límite que, según Soloff¹⁹ se encuentra asociado hasta en el 33%. En la presente tesis doctoral no se han medido suicidios consumados, si no únicamente riesgos de suicidio e intentos previos, encontrando cifras de un 23% para el riesgo moderado – severo. Esto contrasta llamativamente con los reclusos con 0 diagnósticos de trastornos de la personalidad, cuyo riesgo moderado – severo de suicidio era nulo.

Únicamente presentaban en un 20% un riesgo leve. Se pudo demostrar que los internos con trastornos de la personalidad del Grupo A y del Grupo B presentaban diferencias de riesgo de suicidio ($p < 0,001$ y $p = 0,027$ respectivamente).

Tabla II. TRASTORNOS de la PERSONALIDAD en CASOS/CONTROLES			
Diagnósticos por Tipos de Trastornos de la Personalidad			
Trastornos de Personalidad (DSM-IV)		PRESOS (Casos)	MUESTRA de POBLACIÓN GENERAL (Controles)
GRUPO A	Paranoide	38,1%	7,5%
	Esquizoide	21,8%	8,5%
	Esquizotípico	28%	5,5%
GRUPO B	Antisocial	43,9%	16,2%
	Límite	26,4%	3,2%
	Histriónico	37,2%	18,6%
	Narcisista	56,5%	16,2%
GRUPO C	Evitación	28,5%	31,6%
	Dependencia	42,7%	19,6%
	Obsesivo – Compulsivo	59,4%	33,6%
Diagnósticos por Categorías de Trastornos de la Personalidad			
GRUPO A	Ningún diagnóstico	47,3%	83,6%
	1 diagnóstico	25,9%	12,6%
	2 diagnósticos	18,4%	2,6%
	3 diagnósticos	8,4%	1,2%
GRUPO B	Ningún diagnóstico	29,3%	66,6%
	1 diagnóstico	15,9%	19,4%
	2 diagnósticos	24,7%	9,1%
	3 diagnósticos	21,8%	2,8%
	4 diagnósticos	8,4%	2%
GRUPO C	Ningún diagnóstico	27,6%	46,4%
	1 diagnóstico	27,2%	28,5%
	2 diagnósticos	32,2%	19%
	3 diagnósticos	13%	6,1%

Los trastornos de la personalidad, como puede observarse en el cuadro inmediatamente superior, son más frecuentes en población penitenciaria que en población general, y los datos son estadísticamente significativos ($p < 0,001$). Respecto a los tipos más frecuentes entre los controles, fueron el Obsesivo – Compulsivo y el Evitativo (ambos del Grupo C, con cifras del 33,6% y del 31,6%).

Basándonos en todos los datos epidemiológicos acumulados puede decirse que entre el 10 y el 15% de la población sufre algún Trastorno de la Personalidad¹⁴. Estos resultados son inferiores a los obtenidos en la presente tesis doctoral: una

prevalencia de trastornos de la personalidad en la muestra de la población general del 34,4%; porcentaje muy alto que viene a reflejar la gran sensibilidad y la poca especificidad de la herramienta diagnóstica de cribaje (versión abreviada del IPDE). Cada uno de ellos en particular tiene una prevalencia que en general suele oscilar entre el 1 y el 3%¹⁵ (en esta tesis, por el mismo motivo explicado, también bastante mayor). No hay grandes diferencias entre varones y mujeres en su conjunto, pero sí respecto a trastornos específicos⁴. Además, en gran parte de los casos se han observado antecedentes psiquiátricos en familiares¹⁶.

Las personas que padecen estos desórdenes suelen ser demandantes, exigentes, acrílicas consigo mismas, invasivas, manipuladoras y, muy a menudo, resistentes a los intentos de ayuda o tratamiento¹⁷. La “comorbilidad” observada con otras enfermedades mentales (adicción a sustancias psicoactivas¹⁸, esquizofrenia¹⁹, trastornos afectivos²⁰, de ansiedad²¹ y de la alimentación²²...), y que se trata más de una regla que de una excepción, ensombrece notoriamente el pronóstico.

Sus ingresos hospitalarios son muy frecuentes, lo mismo que sus constantes contactos con los servicios de Urgencias y con las Consultas de Atención Primaria, de ahí que, como consecuencia, encarezcan de modo muy notable la asistencia psiquiátrica y también la médica en general⁵.

Por si fuera poco, se da la circunstancia de que en estos individuos se manifiesta una mayor impulsividad²³, tasas más altas de suicidios²⁴ y autolesiones²⁵, de conductas agresivas y violentas²⁶ y de criminalidad²⁷.

CONCLUSIONES

1. Con el “Cuestionario Abreviado IPDE” se obtuvo una prevalencia elevada de trastornos de la personalidad en prisión, coincidente con algunos estudios epidemiológicos. Las discrepancias con otros autores españoles probablemente se deban a las diferentes herramientas de diagnóstico utilizadas.
2. Las prevalencias de trastornos de la personalidad que citan los diversos autores, comprenden un rango muy amplio de frecuencias.
3. Los trastornos más prevalentes que se encontraron en prisión fueron los del Grupo C.
4. Los dos trastornos de la personalidad más frecuentemente diagnosticados fueron el Obsesivo – Compulsivo y el Narcisista, lo cual difiere de otras investigaciones.
5. El Cuestionario Abreviado IPDE es tan sensible, que casi ningún preso obtuvo cero diagnósticos de trastornos de la personalidad en todas sus categorías.
6. Se pudo comprobar que los sujetos encarcelados con trastornos de la personalidad del Grupo B habían sido más sancionados que el resto de presos.
7. No se logró concluir que el trastorno Antisocial de la personalidad fuera el más frecuente entre los presos de la Comunidad Autónoma de Aragón, tal y como apuntan otros investigadores.
8. Sólo se pudo demostrar que el Trastorno Límite de la personalidad estaba muy relacionado con las conductas impulsivas. Y que los Narcisistas eran más violentos.
9. La asociación entre los trastornos de la personalidad y el consumo de alcohol hallada en esta tesis doctoral ha sido puesta de manifiesto por muchos estudios. Se llegó a establecer que el Antisocial era uno de los trastornos con más problemas con el alcohol, junto con el Narcisista.
10. Se probó que la ludopatía y los trastornos de la personalidad del Grupo B estaban relacionados.
11. Los antecedentes psiquiátricos personales de los presos estaban relacionados con el hecho de padecer un trastorno de la personalidad.
12. El consumo de drogas fue una circunstancia muy frecuente entre los presos diagnosticados por el test de cribado de un trastorno de la personalidad de tipo Obsesivo – Compulsivo.
13. Se halló relación entre la conducta suicida y los trastornos de la personalidad para los grupos A y B.
14. Los trastornos de la personalidad son más prevalentes en la población penitenciaria que en la general.

15. Los tipos más frecuentes en la muestra de población general fueron el Obsesivo – Compulsivo y el Evitativo.
16. La prevalencia de trastornos de la personalidad encontrada en los controles es superior a la de otros estudios, quizá por la herramienta diagnóstica utilizada, que era tan sensible.
17. La comorbilidad de los trastornos de la personalidad con un sinnúmero de patologías ha sido comprobada extensamente en esta tesis doctoral.

BIBLIOGRAFÍA

- ¹ López-Ibor JJ, Valdés M (dir.) "DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado". Barcelona: Masson; 2002.
- ² Harde R. Diagnosis of antisocial personality disorder in two prison populations. *Am J Psychiatry* 1983; 140: 887-890.
- ³ Fazel S, Danesh J. Serious disorder in 23.000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *The Lancet*. 2002; 359: 545-550.
- ⁴ Andersen H. Mental Health in Prison Populations. A review. *Act. Psych. Scan* 2004; 110 (424): 5 – 59..
- ⁵ Zimmerman M, Rothschild L, Cherminski I. The prevalence of DSM – IV personality disorders in psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry* 2005; 162 (10): 1911 – 1918.
- ⁶ Martínez – Díaz T, López – Blanco FJ, Díaz ML. Los Trastornos de la Personalidad en el Derecho Penal: Estudio de casos del Tribunal Supremo. *Psicopatol clin leg forense*. 2001; 1(1): 87-101.
- ⁷ Calvo Provisional, Soler C, Día JC, Ventura T. Prevalencia de trastornos psiquiátricos en pacientes ingresados por el Servicio de Psiquiatría en el Módulo Penitenciario del H.U.M.S. *Rev Esp Sanid Penit* 2008; 10: 70 – 73.
- ⁸ Riesco Y, Pérez – Urdaniz A, Rubio V, Izquierdo JA, Sánchez – Iglesias S, Santos JM, Carrasco JL. The evaluation of personality disorders among inmates by IPDE and MMPI).
- ⁹ Arroyo JM, Ortega E. Los trastornos de la personalidad en reclusos como factor de distorsión del clima social de la prisión. *Rev Esp Sanid Penit* 2009; 11: 11 – 15.
- ¹⁰ Rubio Larrosa V et al. Trastornos de la Personalidad en población penitenciaria. *Actas I Congreso Nacional de Psiquiatría Legal*. Zaragoza, 1992.

- ¹¹ Henríquez, G. Características Psicosociales de la población de penados de la región oriental venezolana. *Psicología jurídica y forense*. [Serial on line. Consultado el 24 de julio de 2008]. Disponible en: <http://www.psicologiajuridica.org/psj71.html>.
- ¹² Prieto N, Faure P. The mental health of new prisoners or those monitored in French prisons with «services medicopsychologiques regionaux» (SMPR, Regional Medical and Psychological Departments). *Encephale* 2004; 30 (6): 525 – 531.
- ¹³ Von Schonfeld CE, Schneider F, Schroder T, Widmann B, Botthof U, Driessen M. Prevalence of psychiatric disorders, psychopathology, and the need for treatment in female and male prisoners. *Nervenarzt*. 2006; 77(7): 830 – 841.
- ¹⁴ Psiquiatría Editores S.L. *Trastornos de Personalidad*. Barcelona: Wyeth; 2004.
- ¹⁵ Rubio V, Pérez – Urdániz A. *Trastornos de la Personalidad*. Madrid: Elsevier; 2003.
- ¹⁶ Heim S. Breaking through silence. Children of mentally ill parents. *Kinderkrankenschwester* 2007; 26 (9): 363 – 365.
- ¹⁷ *Trastornos de la Personalidad en la vida moderna* 2ª ed. Theodore Millon. Barcelona: Masson; 2006.
- ¹⁸ Vergel R. Comorbilidad de Trastornos de la Personalidad en individuos con trastorno por uso de sustancias. *Eur Psychiatry (Ed Esp)* 2001; 8: 520 – 529.
- ¹⁹ Autores: R. Bengochea Seco, D. Gil Sanz, M. Arrieta Rodríguez. Incidencia de trastornos de la personalidad en la esquizofrenia: Relación con varianles clínicas y sociodemográficas. *Anales de Psiquiatría* 2008;24 (6): 242 – 248.
- ²⁰ Maggio JL. Bipolaridad en el Trastorno Límite de la Personalidad. *Alcmeon: Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica* 2008; 15 (2): 150 – 209.
- ²¹ Clark LA, Watson D, Mineka S. Temperament, personality, and the mood and anxiety disorders. *Journal of Abnormal Psychology* 1994; 103 (1): 103 – 116.
- ²² Echeburúa E, Marañón I. Comorbilidad de las alteraciones de la Conducta Alimentaria con los Trastornos de la Personalidad. *Psicología Conductual* 2001; 9: 513 – 525.
- ²³ Smári J, Bouranel G, Thornóra Eiethsdóttir S. Responsibility and impulsivity and their interaction in relation to obsessive-compulsive symptoms. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2008; 39 (3): 228 – 233.
- ²⁴ Verona E, Hicks BM, Patrick CJ. Psychopathy and Suicidality in Female Offenders: Mediating Influences of Personality and Abuse. *J Consult Clin Psychol* 2005; 73 (6): 1065 – 1073.
- ²⁵ Roe-Sepowitz D. Characteristics and predictors of self-mutilation: a study of incarcerated women. *Crim Behav Ment Health* 2007; 17 (5): 312 – 321.

²⁶ Putkonen H, Komulainen EJ, Virkkunen M, Eronen M, Lönnqvist J. Risk of repeat offending among violent female offenders with psychotic and personality disorders. *American Journal of Psychiatry* 2003; 160 (5): 947 – 951.

²⁷ Fountoulakis KN, Leucht S, Kaprinis GS. Personality disorders and violence. *Curr Opin Psychiatry* 2008; 21 (1): 84 – 92.

**Estancia
en Prisión**



ESTANCIA en PRISIÓN

En el marco de la investigación penitenciaria tiene cierta tradición el estudio de los efectos que la estancia en prisión produce en los sujetos encarcelados. Los numerosos autores que los han analizado difieren sustancialmente en cuanto a la gravedad atribuible que se les atribuye, la cual va a depender en buena medida de multitud de factores de carácter individual, desde la duración de la condena hasta las características de la personalidad, el modo de adaptación a la vida del interior de la cárcel, o las vinculaciones mantenidas con el exterior.

Al margen de estos efectos específicos, tanto en la salud física, como psicológica, un impacto que interesa resaltar es el que se refiere a la **“prisionización”**: paulatina asimilación por los internos de hábitos, usos, costumbres y cultura de la prisión, así como una disminución general del repertorio de conducta de los mismos, por efecto de su estancia prolongada en el centro penitenciario. Estas consecuencias tendrían lugar tanto durante el período del encarcelamiento de los sujetos como en su posterior vida en libertad^{1,2,3}.

(Aclaración: Entre los controles sólo hubo dos personas que contestaron haber estado en prisión. Al ser un porcentaje muy poco representativo (0,4%), no se ha comparado con los presos).

Tabla I. ESTANCIA en PRISIÓN por CENTRO PENITENCIARIO					
(Se ha hallado la mediana de las variables)	C.P. DAROCA	C.P. ZUERA		Total Zuera	TOTAL Zuera + Daroca
		Hombres	Mujeres		
Nº de Veces en Prisión	3	2	1	1	2
Tiempo Total de Estancia en Prisión en años	8	3	2	2,3	3,3
Edad en años la 1ª vez que ingresó en Prisión	19	23	23	23	22

En conjunto, los presos habían estado en prisión una mediana de dos veces y, concretamente, los de Daroca, el triple que las mujeres de Zuera, pero este hallazgo no fue estadísticamente significativo ($p=0,083$).

La investigación pionera tanto en el desarrollo del tema de la prisionización como de las subculturas carcelarias, fue desarrollada por Clemmer en las primeras décadas del siglo XX⁴. Este autor consideró que la prisionización era un proceso similar a la asimilación: de la misma manera como un inmigrante adopta los patrones culturales del lugar al que llega para empezar a vivir, una persona que entra en prisión

sufre un proceso en el que adquiere las costumbres, normas y valores que le son propios a la prisión y a los prisioneros. Ahora bien, todo esto depende del nivel de antisociabilidad de la persona, así como de su personalidad y de otras variables tales como el contacto permanente con personas fuera de la prisión, entre otras. A todas estas variables Clemmer las denominó “factores universales e individuales de prisionización”.

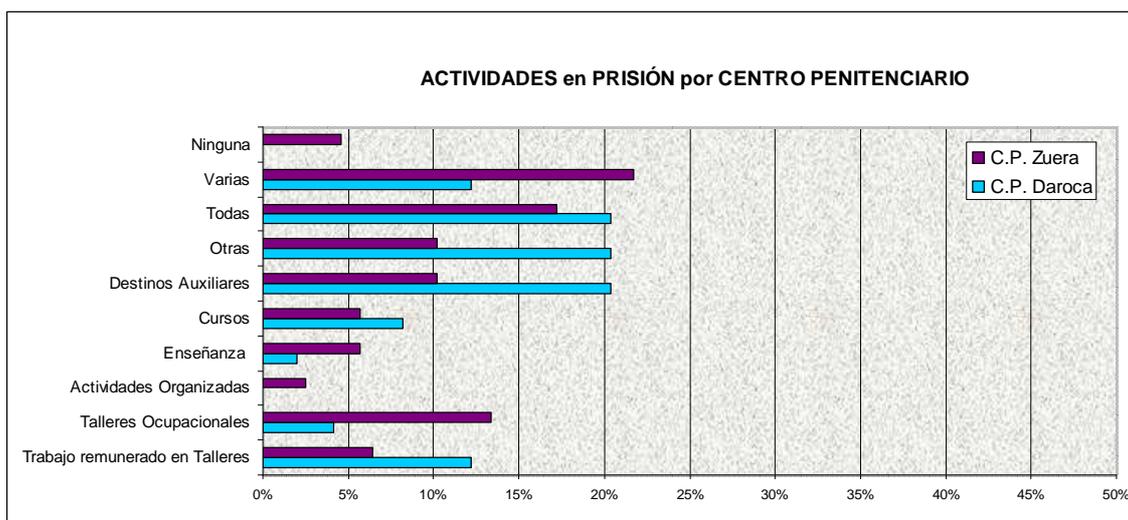
Estos estudios que ponían en relación la estancia en prisión de los sujetos con su conducta posterior se circunscribieron al análisis de la variable “reincidencia”. En las investigaciones de los años cuarenta y cincuenta se sugería una relación directamente proporcional entre prisionización y tendencia a la reincidencia^{1,2,3,5}.

En España, según un estudio de Garrido y Redondo (1997), los delincuentes españoles presentan tasas globales de reincidencia en el delito, durante un período de seguimiento de tres años y medio, del 37,9%⁶.

Wheeler (1961) continuó los trabajos de Clemmer, sometiendo a contraste algunas de sus hipótesis⁷. Para este autor, la prisionización puede ser baja para aquellos internos que tuvieron relaciones sociales positivas durante su vida previa al encarcelamiento, para los que continúan con relaciones sociales positivas con personas que están fuera de la prisión y para quienes cumplen sentencias cortas. Entre los resultados más significativos de Wheeler, también comprobados por otros autores⁸, puede mencionarse la comprobación de una de las hipótesis de Clemmer, de que los niveles de prisionización varían según el tiempo de encarcelamiento en forma de “U invertida”: de modo que el mayor grado de prisionización se alcanzaría hacia la mitad del tiempo de encarcelamiento. Según este razonamiento, los reclusos de Daroca serían los más prisionizados, dada su mayor estancia en la cárcel (8 años de mediana). En el cuestionario de recogida de variables de esta tesis no se diseñó una pregunta que interrogase a los reclusos por el tiempo que les restaba de condena, por lo que resulta imposible calcular el grado de prisionización según esta última relación.

Posteriormente se puso en duda esta relación simple defendida por Clemmer. Una de las perspectivas al respecto sugirió que el proceso de criminalización sólo guardaba una relación accidental con la estancia en prisión. Por ello, la ulterior reincidencia de los sujetos vendría más bien asociada con características personales y conductuales de los mismos, o con las del ambiente a que éstos retornan (Pinatel, 1969)⁹.

Otros autores aducen, con base en el modelo de “aprendizaje social”, que no necesariamente el contacto continuado con modelos criminales que tendría lugar en prisión, ha de llevar a una mayor criminalización de los sujetos que lo experimentan¹⁰, habiéndose encontrado que, dependiendo de las características de modelos, observadores, e interacción entre ambos, este proceso puede funcionar en dirección inversa (Feldman, 1980)¹¹. Además, deberían considerarse los efectos beneficiosos que sobre la disminución de la reincidencia pueden tener las experiencias de los sujetos en el seguimiento de programas de rehabilitación dentro de las propias prisiones, y otros factores penitenciarios como el empleo del tiempo libre, el número de sanciones disciplinarias aplicadas, etc.



Como ya quedó reflejado en el apartado de la variable “drogas”, casi el 40% de la población penitenciaria de Aragón estaba en un programa de desintoxicación de

drogas en el momento de realizar la encuesta. Por otra parte, casi el 20% de los internos declararon realizar varias actividades dentro de la prisión, circunstancias éstas que pueden favorecer la disminución de la reincidencia. Los porcentajes de cada una de las actividades llevadas a cabo por los presos pusieron de manifiesto que los de Daroca eran más activos que los de Zuera, muy probablemente por la diferencia de número entre condenados y preventivos en ambos centros. Las diferencias entre las dos cárceles fueron estadísticamente significativas ($p=0,039$).

De acuerdo a la Constitución Española el trabajo es un derecho del condenado a pena de prisión y de la misma manera la legislación penitenciaria alude a que el trabajo es un derecho y un deber del interno/a. La realidad se aleja de estos postulados por cuanto el sistema penitenciario español no garantiza que toda persona que quiera trabajar lo pueda hacer. Según datos de 1999 en el territorio español (exceptuando Cataluña, cuyas tasas son algo mayores), las plazas de trabajo retribuido (en talleres o en servicios para la propia prisión), se aproxima al 20% de la población reclusa¹². En la muestra carcelaria de esta tesis doctoral, el porcentaje apenas superaba el 10%.

Aún teniendo en cuenta todos los programas que se hacen en prisión encaminados a la rehabilitación y posterior reinserción del recluso, no hay que olvidar que, por ejemplo, cada año, más de diez millones de personas entran en las cárceles estadounidenses para volver a sus casas, en la mayor parte de las ocasiones, en muy pocas semanas. Debido a que las cárceles concentran a muchos individuos con gran cantidad de problemas (infecciosos, enfermedades crónicas, abuso de sustancias, problemas de salud mental...), el regreso de éstos a sus comunidades de origen, en la mayoría de los casos de bajos ingresos, produce además de injusticias en la salud, un regreso temprano a la carrera delictiva. En el estudio de Freudenberg et al.¹³ sobre las consecuencias en la salud de la comunidad de origen de 476 mujeres y 491 adolescentes presos excarcelados de prisiones de Nueva York y sus familias, se

demonstró que las comunidades a las que regresaban tras la puesta en libertad, tenían altas tasas de desempleo, de cometer delitos y bajos ingresos económicos.

Por último, y en referencia a las diversas explicaciones sobre la prisionización, Paterline & Petersen (1999) desarrollaron una investigación en la que intentaron corroborar los modelos de deprivación, importación y de autoconcepto siendo los más importantes los dos primeros⁴.

El “modelo de deprivación”, denominado por Sykes (1969) como el *dolor del encarcelamiento*, defiende que los problemas y las presiones consecuencias de las experiencias del encarcelamiento crean la subcultura del interno, debido a varios factores (pérdida de libertad o restricción de los movimientos, pérdida de autonomía y autodirección, falta de relaciones sexuales normales – heterosexuales – , etc)¹⁴.

Por su parte, el “modelo de importación” surgió en respuesta a ciertos aspectos que dejaba el “modelo de deprivación”. Así, se enfatiza que los efectos de la socialización previa al encarcelamiento influyen en el sistema social de los internos; es decir, una persona que ingresa en prisión importa los valores que tenía en la calle y dichos hábitos o costumbres, influyen en los niveles de prisionización que adquiere.

Finalmente, el “modelo de autoconcepto”, sostiene que la prisionización depende de la concepción que la persona tiene de sí mismo, enfocando desde diversos aspectos entre los que se cuenta, entre otros, la autopercepción del interno, la eficacia de sus relaciones sociales⁴.

En un estudio sobre los efectos psicológicos de la estancia en prisión que se llevó a cabo en una cárcel española, la reincidencia no mostró relación con la magnitud del tiempo pasado en prisión ni con la intensidad de la carrera delictiva. Sin embargo, sí apareció relacionada con la conducta penitenciaria¹⁵, circunstancia que no se observó en la muestra penitenciaria de esta tesis doctoral ($p=0,332$).

Los presos del Centro Penitenciario de Daroca, también llevaban un tiempo total de estancia en la cárcel mayor (casi cuatro veces más) sin embargo la relación no fue significativa ($p=0,368$).

En la investigación, anteriormente comentada, de Garrido y Redondo (1997), se describieron como predictores consistentes de mayor reincidencia, la menor edad, el reiterado ingreso carcelario, la delincuencia contra la propiedad y la mayor penosidad de la estancia en prisión. Contrariamente, la mayor edad de excarcelación, los pocos ingresos en prisión, la delincuencia contra las personas, la menor penosidad carcelaria la liberación condicional anticipada, eran buenos antecedentes para no volver a prisión⁶.

En el año 2006 el Plan Nacional de Drogas, sobre una muestra de casi cinco mil reclusos españoles obtuvo los siguientes resultados: el 42,7% había ingresado en más de una ocasión en prisión (una media de 5,3 ingresos en centros penitenciarios) y la estancia media fue de casi 6 años (considerando el tiempo de cumplimiento efectivo en todos los ingresos, incluido el actual)¹⁶. En esta tesis doctoral el 52% de los reclusos que están de las cárceles aragonesas, había ingresado en más de una ocasión en prisión; la mediana de ingresos fue de dos y la estancia media, de poco más de tres años.

Sin embargo, en un estudio de cohortes retrospectivo de más de ochenta y cinco mil penados realizado en Nueva Gales del Sur (Australia) entre 1988 y 2002, se puso de manifiesto que el número de encarcelaciones previas fue de 2,5¹⁷.

La investigación realizada en las dos cárceles aragonesas más grandes coincide con la encuesta del Plan Nacional de Drogas¹, en situar a los 22 años de edad media el primer ingreso en prisión.

Particularizando por centro penitenciario, en Daroca la entrada en la cárcel se produjo todavía a una edad más temprana (19 años), pero este hallazgo no fue estadísticamente significativo ($p=0,917$).

Tabla II. CONDUCTA de los PRESOS por CENTRO PENITENCIARIO						
Categorías		C.P. DAROCA	C.P. ZUERA		Total Zuera	TOTAL Zuera + Daroca
			Hombres	Mujeres		
Sancionados		74,5%	52%	61%	54,6%	59,9%
Tipos de Sanción	Aislamiento en Celda	13,2%	26,9%	32%	28,6%	23,5%
	Aislamiento de Fin de Semana	5,3%	--	--	--	1,7%
	Privación de Permisos de Salida	5,2%	1,9%	4%	2,6%	1,7%
	Limitación de Comunicaciones Orales	--	1,9%	--	1,3%	0,9%
	Privación de Paseos y Actividades Recreativas	15,8%	13,5%	28%	18,6%	17,4%
	Más de una Sanción	65,8%	55,8%	36%	49,4%	54,8%

Tasas de No Respuesta a la pregunta "Sancionados"	
Total de Presos	19,7%
Presos de Zuera	24,6%
Hombres de Zuera	21,3%
Mujeres de Zuera	31,7%
* En el resto de preguntas la tasa de respuesta en todas las prisiones y en el total fue mayor del 90%.	

Casi el 60% del total de los reclusos reconoció haber sido sancionado durante su estancia en prisión. En Daroca, esta circunstancia era más llamativa (75%) y significativa ($p=0,036$), dado que llevaban un tiempo mayor de encarcelación. En Zuera, las mujeres fueron sancionadas en más ocasiones que los hombres, pero la relación no se pudo establecer ($p=0,191$).

Los tipos de sanción referidos con una frecuencia mayor fueron el aislamiento en celda y la privación de paseos y actividades recreativas, aunque casi el 55% de los internos habían sido castigados con varias sanciones diferentes.

CONCLUSIONES

1. No se pudo comprobar que los presos de Daroca hubieran estado más veces en prisión que los de Zuera.
2. Los internos del Centro Penitenciario de Daroca son los más prisionizados en virtud del mayor periodo de encarcelación.
3. Al no haber recogido en la encuesta la variable sobre el tiempo que restaba a los reclusos de estancia en la cárcel, fue imposible calcular si los niveles de prisionización variaban según el tiempo de encarcelamiento en forma de “U invertida”, tal y como preconizaba Clemmer.
4. Fue posible demostrar, que las actividades en prisión, consideradas como efectos beneficiosos sobre la reincidencia de los internos, fueron más frecuentes en la cárcel de Daroca.
5. A pesar de ser un derecho recogido en la Constitución Española, la inmensa mayoría de los reclusos de esta tesis doctoral, no realizaban ningún tipo de trabajo remunerado en prisión.
6. A diferencia de lo hallado en otros estudios, la relación entre la reincidencia de la muestra de presos de Aragón y su conducta penitenciaria, no se pudo evidenciar.
7. No se llegó a demostrar que los internos de Daroca llevaran más tiempo total de estancia en prisión que los de Zuera.
8. El porcentaje de presos que habían ingresado en prisión en más de una ocasión, fue algo superior al de otros estudios realizados en el ámbito español. Sin embargo, la media de ingresos y la estancia media resultaron algo inferiores.
9. En relación a las encarcelaciones previas, las cifras son coincidentes con investigaciones realizadas en otros países.
10. La edad media de ingreso por primera vez en prisión es igual a la encontrada por la encuesta realizada por el Plan Nacional sobre Drogas (2006).
11. No se llegó a demostrar que la entrada de los presos en el Centro Penitenciario de Daroca se produjera a una edad más temprana que en Zuera.
12. Una gran mayoría de presos reconoció haber sido sancionado en prisión. Se corroboró que en Daroca hubo más sancionados, pero no que las mujeres recibieran más sanciones que los hombres de Zuera.
13. El aislamiento en celda fue el tipo de sanción más declarada, aunque muchos de los sancionados habían sido castigados con más de una.

BIBLIOGRAFÍA

- ¹ Clemmer, Donald. The Prison Community. New York: Rinehart & Co; 1940.
- ² Sutherland, Edwin H. Principles of Criminology. 4th ed. Philadelphia: Lippincott; 1947.
- ³ Cressey, Donald R. Changing Criminals: The Application of the Theory of Differential Association. The American Journal of Sociology 1955; 61:116 – 120.
- ⁴ Paterline BA, Petersen DM. Structural and Social Psychological Determinants of Prisonization. Journal of Criminal Justice 1999; 27 (5): 427 – 441.
- ⁵ McCorkle LW, Korn R. 1954. Resocialization within Walls. The Annals of The Academy of Political and Social Science, 1954; 293: 88 – 98.
- ⁶ Garrido V, Redondo S. "Manual de Criminología Aplicada". Argentina: Ediciones Jurídicas Cuyo; 1997.
- ⁷ Wheeler S. Socialization in Correctional Communities. American Sociological Review 1961; 26: 697 – 712.
- ⁸ Reidl I. Prisionización en una cárcel para mujeres. México: Instituto Nacional de Ciencias Penales; 1979.
- ⁹ Pinatel J. La Sociedad Criminógena. Madrid: Aguilar; 1969.
- ¹⁰ Freddy A, Crespo P. Construcción y Validación de la Escala para medir Prisionización. Caso Venezuela: Mérida, 2006. Capítulo Criminológico 2007; 35(3): 375 – 407.
- ¹¹ Feldman M. Criminal Behavior: A Psychological Análisis. London: Willey; 1980.
- ¹² Defensor del Pueblo, Informe Anual 1999. Madrid, Cortes Generales.
- ¹³ Freudenberg N, Daniels J, Crum M, Perkins T, Richie BE. Coming Home From Jail: The Social and Health Consequences of Community Reentry for Women, Male Adolescents, and Their Families and Communities. Am J Public Health. 2005; 95: 1725 – 1736.
- ¹⁴ Sykes MG. The Society of Captives. A study of a Maximun Security in Prison. New York: Atheneum; 1969.
- ¹⁵ Pérez – Fernández E, Redondo S. Efectos psicológicos de la Estancia en Prisión. Papeles del Psicólogo 1991; 48. [En línea, consultado el 21 de marzo de 2009] Disponible en: <http://www.papelesdelpsicologo.es>
- ¹⁶ Encuesta Estatal sobre Salud y Drogas entre los Internados en Prisión (ESDIP). Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2006.
- ¹⁷ Kariminia A, Butler TG, Corben SP, Levy MH, Grant L, Kaldor JM, Law MG. Extreme cause-specific mortality in a cohort of adult prisoners 1988 to 2002: a data-linkage study. International Journal of Epidemiology 2007; 36: 310 – 316.

Delitos Violentos



DELITOS VIOLENTOS

Según el Código Penal español se consideran delitos violentos contra las personas: los homicidios, asesinatos, las lesiones corporales, los robos con violencia, las agresiones sexuales, las detenciones ilegales y los delitos contra los trabajadores en los que se emplee la violencia¹.

(Aclaración: Entre los controles sólo hubo dos personas que contestaron haber estado en prisión y ninguno de ellos había cometido delitos violentos. Por tanto, no se puede hacer comparación con los presos).

Tabla I. DELITOS VIOLENTOS por CENTRO PENITENCIARIO

Categorías	C.P. DAROCA	C.P. ZUERA		Total Zuera	TOTAL Zuera + Daroca	
		Hombres	Mujeres			
Delitos Violentos	63%	48,5%	50%	48,9%	52,5%	
Tipos Delitos Violentos	Atracos	75,9%	80%	92,9%	80,6%	
	Asaltos	34,5%	36%	35,7%	35,5%	
	Incendios	6,9%	12%	--	9,4%	8,6%
	Violaciones	--	4%	--	3,1%	2,2%
	Homicidios	13,8%	6%	--	4,7%	7,5%
Intencionalidad del Delito Violento	51,7%	50%	57,1%	51,6%	51,6%	
Ensañamiento con las Víctimas	3,4%	18%	14,3%	17,2%	12,9%	
Tasas de No Respuesta a la pregunta "Delitos Violentos"	11,5%	18,9%	53,3%	29,9%	25,9%	

Más de la mitad de los reclusos de las cárceles aragonesas participantes en esta tesis doctoral había cometido delitos violentos lo cual tiene su correspondencia en el resultado obtenido en la Escala de Violencia de Plutchik, en la cual casi dos terceras partes de estos individuos fueron calificados como violentos.

La tasa de no respuestas a esta pregunta es tan alta en el grupo de las mujeres reclusas (sobrepasa el 50%), que su interpretación debe hacerse con precaución.

De entre los que contestaron haber cometido delitos violentos, el más frecuente había sido el atraco (80,6%), resultado que concuerda con otros datos del expediente judicial obtenidos de los presos, en los que se ponía de manifiesto que los delitos contra la propiedad eran los más frecuentes.

Llama la atención que ninguna presa hubiera cometido homicidios, cuando el 13,2% admitió haber cometido delitos contra las personas.

El 51,6% de los presos participantes declaró intencionalidad en la comisión del delito violento. Y un 13% reconoció haberse ensañado con las víctimas.

La delincuencia es un fenómeno social altamente complejo, cuyas causas, consecuencias y factores asociados son múltiples y de variada naturaleza². Sin el factor droga de por medio, no se cometerían delitos o, al menos, se reducirían drásticamente la frecuencia y el daño a las víctimas³.

El historial de delitos cometidos es, con mucho, el mejor predictor de peligrosidad⁴. El delito es una conducta humana que está prohibida por la ley y a la que se asocia una pena como consecuencia⁵.

Según el artículo 10 del Código Penal español: “Son delitos o faltas las acciones y omisiones dolosas o imprudentes penadas por la ley”¹. Según el artículo 13 del Código Penal, “son delitos las infracciones que la ley castiga con pena grave, delitos menos graves las infracciones que la ley castiga con penas menos graves y faltas las infracciones que la ley castiga con pena leve”¹.

Diversas investigaciones criminológicas muestran cómo durante la juventud los sujetos exhiben una mayor actividad delictiva, situándose la edad de inicio de las carreras criminales por debajo de los 20 años en el caso de los hombres y algo más tarde en el caso de las mujeres⁶. Los datos disponibles, sin embargo, también reflejan cómo el tipo de conducta delictiva de los jóvenes es mucho menos agresiva, no siendo así en el caso de los mayores de 27 años que componen en mayor porcentaje el grupo de los que delinquen contra las personas⁷.

Se ha comentado ya que la evidencia indica que una proporción importante de delitos es cometida por los adictos a drogas, pero esta aseveración no ha podido comprobarse en esta tesis doctoral ($p=0,190$). El consumidor tiene un elevado riesgo de realizar conductas antisociales, que son de dos tipos. En primer lugar, se

encuentran las conductas relacionadas para obtener la propia droga. Legalmente, el tráfico de drogas está tipificado como delito contra la salud pública. El adicto debe recurrir a la compra y venta de drogas, que son ilegales, para consumir y/o para financiar su consumo y, en algunos casos, se relaciona con mafias y cárteles establecidos. De esta forma, en el inconsciente colectivo, el drogadicto, es un traficante. Otro tipo de conducta antisocial son los delitos contra la propiedad: hurtos, robos con o sin violencia encaminados a obtener dinero para comprar una sustancia de elevado precio⁸.

En un estudio de seguimiento, desde el año 1985 hasta el 2000, sobre los ingresos en centros penitenciarios en una cohorte de adictos a la heroína catalanes, los datos fueron desalentadores⁹. En un período de 15 años, más del 40% de ellos habían ingresado por lo menos una vez en prisión. No se pudo calcular el exceso de riesgo (faltaban los datos sobre mortalidad entre 1995 y 2000), pero los análisis preliminares indicaron que los adictos a heroína, sobre todo las mujeres, tenían más posibilidades de entrar en prisión que la población general y que este exceso de riesgo era, incluso, superior al de morir o al de contraer sida.

Según un estudio de la Fundación Paz Ciudadana realizado el año 2005, el 60% de los detenidos, principalmente por robos y hurtos, consumió cocaína o pasta base en las 48 horas anteriores a su aprehensión, de acuerdo con los resultados de un test de orina. En el caso de las detenciones por delitos contra la Salud Pública el porcentaje llegó al 75%¹⁰.

Investigaciones realizadas en Grecia por la Universidad Aristotélica de Salónica y en Inglaterra y Gales muestran lo mismo^{11,12}. Por lo general, los delitos contra la propiedad constituyen el principal tipo de delito que cometen los consumidores de drogas, como así se ha podido constatar en la investigación llevada a cabo en las cárceles aragonesas: el 38,3% de los que habían cometido delitos violentos, su motivo de estar en la cárcel era un delito contra la propiedad, frente al 30,2% de los que no

los habían cometido. Las diferencias encontradas fueron estadísticamente significativas ($p < 0,001$).

Si bien estos resultados revisten interés, deben considerarse un ejemplo y no una representación del vínculo entre consumo de drogas y delincuencia: en primer lugar, porque proceden de estudios realizados en poblaciones concretas; en segundo lugar, porque pueden presentar variaciones considerables en función de la droga consumida, y en tercer lugar, porque resulta sumamente difícil establecer un nexo (en particular de tipo causal) entre consumo de drogas y delincuencia.

Actualmente que se habla tanto de “drogas”, parece como si el alcohol no fuese un tóxico y que no interviniese de forma importante en la comisión de delitos. En un estudio realizado por García – Andrade con 1.300 delincuentes, entre los que no se incluyó ninguno que hubiera sido detenido por delitos de tráfico, el alcohol actuó de forma significativa en 190 casos¹³. En esta tesis doctoral, esta relación casi pudo ser demostrada ($p = 0,053$): el 42,9% de los reclusos que habían cometido delitos violentos tenían una probable dependencia alcohólica; sin embargo, la cifra en los que no realizaron delitos violentos fue del 37,8%.

Como corolario a las reflexiones sobre los delitos violentos y el consumo de alcohol o drogas, hay que decir que no todos los autores piensan que la ingestión de estas sustancias, por sí solas, sea suficiente para explicar los delitos violentos, aunque puede ser más relevante en presencia de factores de personalidad previos y de circunstancias que rodean al delito^{14,15}.

La violencia de los pacientes psiquiátricos se ha convertido en una preocupación pública por estar relacionada con los delitos cometidos por estos enfermos. En realidad, estos pacientes son responsables sólo de un pequeño porcentaje de homicidios y otros delitos violentos que ocurren en la sociedad. Aunque estas personas no son autores de muchos homicidios ni de la violencia social, es evidente que existe una relación entre padecer algún trastorno mental y un aumento

en el riesgo de la violencia¹⁶, correlación que se convierte en una de las principales causas de internamientos psiquiátricos^{17,18}. No obstante, no se pudo demostrar que los presos participantes en esta tesis doctoral y que tenían antecedentes personales de enfermedad mental, hubieran cometido delitos violentos en mayor porcentaje que los que carecían de estos antecedentes ($p=0,189$).

En lo que se refiere exclusivamente a los trastornos de personalidad, toda la evidencia empírica demuestra que los trastornos del cluster B (y así se ha comprobado estadísticamente " $p=0,013$ " en los internos de Daroca y Zuera: 6,8% de individuos con 4 diagnósticos de trastornos del grupo B entre los que habían cometido delitos violentos, frente al 3,4% entre los que no los habían realizado); y dentro de éste el Trastorno Antisocial y el Trastorno Límite, son los más proclives a producir delitos violentos^{19,20}.

En cuanto a las diferencias por sexo en la comisión de delitos violentos hay que resaltar que los crímenes violentos son más frecuentes en los varones. Estos delitos a manos de mujeres se han mantenido en torno a un 10% a lo largo de la historia. En la actualidad, la "liberación" (aún incompleta) de las mujeres y su mayor independencia socioeconómica, afortunadamente, no ha ido acompañada de un aumento de su agresión violenta²¹. En las prisiones de Zuera y Daroca esta afirmación también es casi una realidad ($p=0,053$), y eso que la mitad de las mujeres no respondieron a la pregunta de los delitos violentos.

En los últimos años se ha producido un aumento considerable de las investigaciones relacionadas con los hombres que agraden físicamente y/o psicológicamente a la mujer. Ello ha traído consigo un conocimiento más preciso del perfil psicológico que presentan estos maltratadores²². Si bien la relación existente entre la presencia de conductas violentas y la sintomatología psicopática está bien asentada en la bibliografía²³, la importancia de la psicopatía en la violencia contra la

pareja no está todavía bien establecida y son pocos los datos disponibles en la actualidad²⁴.

CONCLUSIONES

1. Se evidenció una relación entre la comisión de delitos violentos por parte de los presos aragoneses y los resultados obtenidos en la “Escala de Violencia de Plutchik”, con una amplia mayoría de encarcelados calificados como violentos.
2. El delito violento más frecuentemente cometido fue el atraco.
3. Muchos de los presos que habían cometido delitos violentos, reconocieron intencionalidad en los mismos. Algunos de ellos se habían ensañado con las víctimas.
4. No ha podido comprobarse, a diferencia de los que han hecho otros autores, la relación entre consumo de drogas y comisión de delitos violentos.
5. Se demostró que los delitos contra la propiedad constituyen el principal tipo de delito que cometieron los reclusos consumidores de drogas.
6. Prácticamente se probó la relación entre los reclusos que habían cometido delitos violentos y la dependencia alcohólica.
7. No se demostró que los presos con antecedentes de enfermedad mental hubieran cometido más delitos violentos que los que no tenían este antecedente.
8. En esta tesis doctoral se ha corroborado la relación entre los trastornos de personalidad del Grupo B con la comisión de delitos violentos, preconizada en otras investigaciones.
9. Casi fue una realidad las diferencias por sexo a favor de los varones a la hora de cometer delitos violentos.

BIBLIOGRAFÍA

¹ Ley Orgánica 10/1995 de 23 de noviembre, del Código Penal. Publicada el 24 de noviembre de 1995 en el Boletín Oficial del Estado (BOE) número 291.

² Garrido V, Redondo S. “Manual de Criminología Aplicada”. Argentina: Ediciones Jurídicas Cuyo; 1997.

³ Chalub M, Telles LE. Alcohol, Drugs and Crime. Rev Bras Psiquiatr 2006; 28 Suppl 2: S69 – 73. Review.

⁴ Editorial “The Lancet”. Detention of potentially dangerous people. The Lancet 1998; 352 (9): 1641.

- ⁵ De Francisco ML. Trastornos de Personalidad. Delitología. Administración de Justicia en Euskadi. Instituto Vasco de Medicina Legal. Ponencias y Congresos. [En línea] [Fecha de consulta: 30 de octubre de 2008]. Disponible en: <http://www.justizia.net/docuteca/Documentos/4235luisa.pdf>
- ⁶ Stattin H, Magnusson D. The role of early aggressive behavior in the frequency, seriousness, and types of later crime. *J Consult Clin Psychol* 1989; 57 (6): 710 – 718.
- ⁷ Crime Index Offenses Reported. Crime in the United States 2002. Department of Justice Federal Bureau of Investigation. [En línea] [Fecha de consulta: 5 de febrero de 2009] Disponible en: http://www.fbi.gov/ucr/cius_02/html/web/offreported/02-nviolent02.html
- ⁸ Sánchez – Carbonell X. Contexto culturas y consecuencias legales del consumo de drogas. *Trastornos Adictivos* 2004; 6 (1): 1 – 4.
- ⁹ Sánchez – Carbonell X, Forcén M, Colomera M. Evolución penitenciaria de una cohorte de 135 adictos a heroína entre 1985 y 2000. *Trastornos Adictivos* 2004; 6 (1): 39 – 45.
- ¹⁰ Consumo de drogas en detenidos: aplicación de la metodología I-ADAM en Chile. Fundación Paz Ciudadana, Chile, 2005.
- ¹¹ Aristotelian University of Thessaloniki. Evaluation report of the Leonardo da Vinci programme: needs and methods assessment for vocational training in juvenile delinquent and adolescents at risk – ORESTIS.
- ¹² Bennett T. Drugs and Crime: the Results of the Second Stage of the New – ADAM programme. Estudio de investigación 205. Ministerio del Interior, Londres; 2000.
- ¹³ García – Andrade JA. *Psiquiatría Criminal y Forense* 2ª ed. Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces; 2002.
- ¹⁴ Blackburn R. *The psychology of criminal conduct. Theory, research and practice*. Chichester (GB): John Wiley y Sons Ltd; 1993.
- ¹⁵ Sarasúa B, Zubizarreta L, Echeburúa E, Del Corral P. Perfil psicológico del maltratador a la mujer en el hogar. En Echeburúa (ed.): *Personalidades violentas*. Madrid: Pirámide; 1994.
- ¹⁶ Baron RA. *Human agresión*. New Cork: Plenum Publishing Co; 1977.
- ¹⁷ Botsis AJ. Parenteral loss and family violence as correlatos of suicide and violence risk. Department of Psychiatry. Albert Einstein College of Medicine, Montefiore Medical Center, Bronx, N.Y. 1995; 24 (2).
- ¹⁸ Crouner ML, Stepic F, Peric G, Czobor P. Typology of patient – patient assaults detecte by videocamaras. *Am J Psychiatry* 2004; 151 (11): 1669 – 1672.

¹⁹ Vaughn MG, Howard MO, Delisi M. Psychopathic personality traits and delinquent careers: an empirical examination. *Int J Law Psychiatry* 2008; 31 (5): 407 – 416.

²⁰ De Barros DM, De Pádua Serafim A. Association between personality disorder and violent behavior pattern. *Forensic Sci Int* 2008 18; 179 (1): 19 – 22.

²¹ Ortiz M, Fierro A, Blanca MJ, Cardenal V, Sánchez LM. Factores de personalidad y delitos violentos. *Psicotherma* 2006; 18 (3): 459 – 464.

²² Fernández – Montalvo J, Echeburúa E. Variables psicopatológicas y distorsiones cognitivas de los maltratadores en el hogar: un análisis descriptivo. *Análisis y Modificación de la Conducta*. 1997; 23: 151 – 180.

²³ Garrido V. El tratamiento del psicópata. *Psicothema* 2002; 14: S181 – 189.

²⁴ Fernández – Montalvo J, Echeburúa E. Trastornos de personalidad y psicopatía en hombres condenados por violencia grave contra la pareja. *Psicothema* 2008; 20 (2): 193 – 198.

**Antecedentes Delictivos
Familiares**



ANTECEDENTES DELICTIVOS FAMILIARES

Indudablemente, la idea de que la herencia genética es la responsable de la criminalidad, resulta sumamente atractiva. No sorprende, por tanto, que haya gozado de amplia popularidad a la hora de intentar explicar los comportamientos criminales. Si a esto unimos los últimos avances científicos realizados en el campo de la genética, las teorías biocriminológicas realizadas en la actualidad, deben ser consideradas con un mayor grado de rigor y seriedad¹.

Tabla I. ANTECEDENTES DELICTIVOS FAMILIARES por CENTRO PENITENCIARIO

Categorías		C.P. DAROCA	C.P. ZUERA		Total Zuera	TOTAL Zuera + Daroca
			Hombres	Mujeres		
Familiares con Problemas con la Justicia		51%	39,5%	52,5%	42,9%	38,1%
Familiar con Problemas	Padre	16%	28,9%	14,3%	24,2%	22%
	Madre	--	4,4%	19%	9,1%	6,6%
	Hermano/a	52%	60%	61,9%	60,6%	58,2%
	Pareja	12%	4,4%	23,8%	10,6%	11%
	Hijo/a	12%	2,2%	14,3%	6,1%	7,7%
	Abuelo/a	--	--	9,5%	3%	2,2%
	Otro familiar	24%	24,4%	42,9%	30,3%	28,6%

Tasas de No Respuesta a la pregunta "Familiares con problemas con la Justicia"	
Mujeres de Zuera	33%

Aproximadamente el 40% de la población penitenciaria aragonesa tenía familiares con problemas con la justicia. De nuevo, las mujeres reclusas dieron tasas elevadas de no respuesta a esta cuestión. El familiar más implicado fue el hermano/a, con una frecuencia muy cercana al 60%, seguido de "otro familiar" (28,6%) y del "padre" (22%). El resto de la parentela quedaba a una distancia lejana, con porcentajes muy bajos.

Un intento de determinar si la herencia es una parte importante en la inducción al crimen, consistió en buscar similitudes en los comportamientos de individuos que estaban genéticamente relacionados unos con otros. Este fue el propósito del "General Pedigree of Family Studies", el cual se basaba en la presunción de que existen familias con una herencia genética común, más determinadas hacia el crimen que otras².

Un estudio de este tipo realizado en España, destinado a averiguar la ascendencia criminal de 250 chicos delincuentes, no llevó, en palabras de su autor, “a nada positivo a favor de la transmisión hereditaria de la criminalidad”³.

Una teoría muy difundida, a la vez que limitada y contestada, es la que intentó hallar la causa de la predisposición genética al delito en la alteración cromosómica⁴ mediante la investigación en instituciones mentales. Ni estos estudios, ni otros posteriores como el de Witkin et al (1976), encontraron ningún dato fiable que relacionara a los individuos XYY con comportamientos agresivos y/o delincuentes⁵.

Un gran eco recibieron también los estudios sobre gemelos y adopción. Christiansen (1968), en Dinamarca, estudió 3568 pares de daneses nacidos entre 1881 y 1910. Este autor encontró que el 52% de los gemelos idénticos (monocigóticos) tenían el mismo grado de actividad criminal registrada, mientras que sólo el 22% de los gemelos dicigóticos alcanzaban similares grados de criminalidad⁶. En Estados Unidos, un estudio similar llevado a cabo en 3226 pares de gemelos del sexo masculino, en el que ambos miembros hicieron el servicio militar durante la época de la Guerra de Vietnam, concluyó que los factores genéticos influyeron significativamente si los sujetos fueron detenidos más de una vez después de los 15 años de edad. El medio ambiente común, pero no los factores genéticos, influyó significativamente en el inicio de la conducta delictiva⁷. Este tipo de investigaciones, con ligeras modificaciones, se centra en los padres de los gemelos, siendo lo más habitual estudiar sólo la figura del padre⁴.

En parecidos términos los estudios sobre adopción representan un intento de determinar la relación entre la contribución genética y el medio ambiente en el comportamiento humano. Hutchings y Mednick (1977) examinaron todos los casos de adopciones de varones habidos en Copenhague entre 1927 y 1941 donde los padres adoptivos no tuvieran conexión con los niños. Al menos la mitad de los chicos que fueron condenados por crímenes tenían padres biológicos con antecedentes penales.

De los muchachos que no tuvieron condenas, justo por debajo de un tercio, tenían padres biológicos con antecedentes penales. Los autores también consideraron la interrelación entre la criminalidad de los padres biológicos y adoptivos. El efecto de ser los dos criminales era más fuerte que los efectos de uno sólo, aunque la criminalidad de los padres adoptivos tenía un mayor impacto que la de los padres biológicos. Encontraron sugerencias de que alguna predisposición genética al delito puede existir (los padres biológicos), pero la delincuencia es más factible que ocurra en ciertas condiciones medioambientales (los padres adoptivos)⁸.

Otros estudios más recientes, de los que uno de los más frecuentemente citados es el de Mednick et al (1984, 1987) en Dinamarca, obtuvieron resultados y conclusiones similares^{9,10}.

Tabla II. ANTECEDENTES DELICTIVOS FAMILIARES en CASOS/CONTROLES			
Categorías		PRESOS (Casos=239)	MUESTRA de POBLACIÓN GENERAL (Controles=494)
Familiares con Problemas con la Justicia		38,1%	8,1%
Familiar con Problemas	Padre	11,3%	1,3%
	Madre	3,5%	0,2%
	Hermano/a	29,1%	2,4%
	Pareja	5,7%	0,2%
	Hijo/a	4,1%	0,4%
	Abuelo/a	1,2%	0,2%
	Otro familiar	14,5%	3,8%

Tasas de No Respuesta a la pregunta "Familiares con problemas con la Justicia"	
Controles	12,3%

La mayoría de las investigaciones realizadas sobre la herencia de padres a hijos de la conducta criminal afirman que puede oscilar entre un 20 y un 40%^{11,12,13}. Esta tesis doctoral no se limita a estudiar el antecedente criminológico de los padres, si no el familiar en general, que en los presos se sitúa en el límite superior del rango antes comentado. Sin embargo, entre los controles, ni siquiera llega a un 10% y las diferencias observadas fueron estadísticamente significativas ($p < 0,001$).

La historia criminal familiar más estrechamente relacionada con los delincuentes es la de sus hermanos¹⁴.

Diferentes autores, coincidiendo con los resultados hallados en los presos aragoneses, han demostrado que los antecedentes delictivos y/o psiquiátricos en alguno de los padres pueden ocasionar una desestabilización en el medio familiar, lo que en muchas ocasiones propiciará el inicio de la carrera delictiva y/o el uso y el abuso de drogas^{15,16,17}.

Pero, conviene señalar que, cuando existen antecedentes penales, tanto en la figura materna como en la paterna, los hijos cumplen condena por un delito contra la propiedad casi en un 70%; en esta tesis doctoral en un 25%. Frente a los resultados referidos, cuando existen antecedentes de adicción, penales y/o psicopatológicos, tanto en la madre, como en el padre, los hijos consumen drogas en un 100%; frente a lo anterior, cuando los antecedentes son sólo psicopatológicos, el porcentaje obtenido desciende hasta el 75%¹⁸.

CONCLUSIONES

1. Una proporción importante de los presos aragoneses tenían familiares con problemas con la justicia, siendo el familiar más implicado el hermano/a.
2. El familiar más implicado en los antecedentes delictivos familiares de los reclusos de Daroca y Zuera fue el hermano/a, tal y como indican otras investigaciones.
3. Se comprobó que los antecedentes delictivos familiares eran más frecuentes entre los presos que en la muestra de población general.
4. Los antecedentes delictivos y/o psiquiátricos de los padres puede desestabilizar el entorno familiar y propiciar el inicio de la carrera delictiva y el abuso de drogas de los hijos.
5. La prevalencia de haber cometido un delito contra la propiedad en hijos de padres con antecedentes penales es inferior a la manifestada por otros investigadores.
6. A diferencia de lo hallado en otros estudios, la relación entre la reincidencia de la muestra de presos de Aragón y su conducta penitenciaria, no se pudo evidenciar.

BIBLIOGRAFÍA

- ¹ Vazquez C. Delincuencia Juvenil. Consideraciones penales y crimonológicas. Madrid: Colex; 2003.
- ² Curran D, Renzetti CM. "Theories of Crime". 2ª Edición. MA: Allyn & Bacon; 2001.
- ³ Serrano A. Herencia y Criminalidad. Anuario de Derecho Penal y Ciencias Penales 1969; 22 (3): 511 – 538.
- ⁴ Jacobs PA. Aggressive Behavior Mental Subnormality and XXY male. Nature 1965; 208: 1351.
- ⁵ Witkin HA, Mednick SA, Schulsinger F, Bakkestrom E, Christiansen KO, Goodenough DR, Hirschhorn K et al. Criminality in XXY and XYY men. Science 1976; 193 (4253): 547 – 555.
- ⁶ Christiansen KO. Threshold of tolerance in various population groups illustrated by results from Danish criminological twin study. Int Psychiatry Clin. 1968;5(3):107-20.
- ⁷ Lyons MJ. A twin study of self-reported criminal behaviour. Ciba Found Symp 1996; 194: 61 – 70.
- ⁸ Hutchings B, Mednick SA. Genetic and psychophysiological factors in asocial behavior. J Am Acad Child Psychiatry 1978; 17(2): 209 – 223.
- ⁹ Mednick SA, Gabrielli WF, Hutchings B. Genetic influences in criminal convictions: evidence from an adoption cohort. Science 1984; 224 (4651): 891 – 894.
- ¹⁰ Mednick SA, Parnas J, Schulsinger F. The Copenhagen High-Risk Project, 1962-86. Schizophr Bull 1987; 13 (3): 485 – 495.
- ¹¹ Cloninger CR, Sigvardsson S, Bohman M, Von Korring A. Predisposition to petty criminality in Swedish adoptees. Cross-fostering analysis of gene-environment interaction. Archives of General Psychiatry 1982; 39: 1242 – 7.
- ¹² Mednick S, Gabrielli W, Hutchings B. Genetic influences in criminal convictions: Evidence form an adoption cohort. Science, 1984; 224: 891 – 3.
- ¹³ Mednick S, Gabrielli W, Hutchings B. Genetic factors in the etiology of criminal behavior. En Mednick SA, Moffitt TE, Stack SA (Eds.). The causes of crime: New biological approaches. Cambridge: Cambridge University Press, 1987.
- ¹⁴ Van de Rakt M, Nieuwbeerta P, Apel R. Association of criminal convictions between family members: effects of siblings, fathers and mothers. Crim Behav Ment Health 2009; 19 (2): 94 – 108.

¹⁵ Paíno S, Rodríguez FJ, Herrero FJ. Drogodependencia y delito. Una relación a descubrir. Libro de Actas de la XXIII Jornadas Nacionales de Sociodrogalcohol. Oviedo: Gofer, 1996.

¹⁶ Garrido V, Stangeland P, Redondo S. Principios de Criminología, 1999. Valencia: Tirant lo Blanch.

¹⁷ Martínez-Cordero A, Hinojal R, Bobes J, Martínez – Jarreta B. Diferencias epidemiológicas en delincuentes con relación a sus antecedentes psiquiátricos. Actas Luso-Espa. Neurol. Psiquiatr. 1994; 22 (4):153 – 57.

¹⁸ Rodríguez FJ, Martínez A, Paíno SG, Hernández E, Hinojal R. Drogodependencia y familia: realidad en la conducta delictiva de una muestra penitenciaria. Rev Esp Sanid Penit 2002; 4: 84 – 90.

Impulsividad y Violencia



Comportamientos Impulsivos

**Sentimientos de Agresividad y
Comportamientos Violentos**

CONDUCTAS IMPULSIVAS y VIOLENTAS

Los criterios internacionales de diagnóstico de **“Trastornos del Control de los Impulsos”** según el DSM – IV TR¹:

El rasgo común de este grupo de entidades es la incapacidad repetida de resistir un impulso intenso a realizar un acto particular que es obviamente perjudicial hacia uno mismo, hacia otros, o ambos.

Los pacientes pueden o no planear la acción, antes de cometer el acto sienten un aumento de tensión o activación y mientras lo cometen sienten placer, gratificación, alivio o liberación. Sin embargo, tras el acto (que es egosintónico, ya que está en consonancia con los deseos conscientes inmediatos), los pacientes pueden sentirse arrepentidos, culpables o autorreprocharse.

El impulso se define como reacción rápida y no planeada que corresponde a un estímulo interno o externo sin evaluar las consecuencias negativas que puede tener.



La definición de **“Violencia”** adoptada por la Organización Mundial de la Salud²:

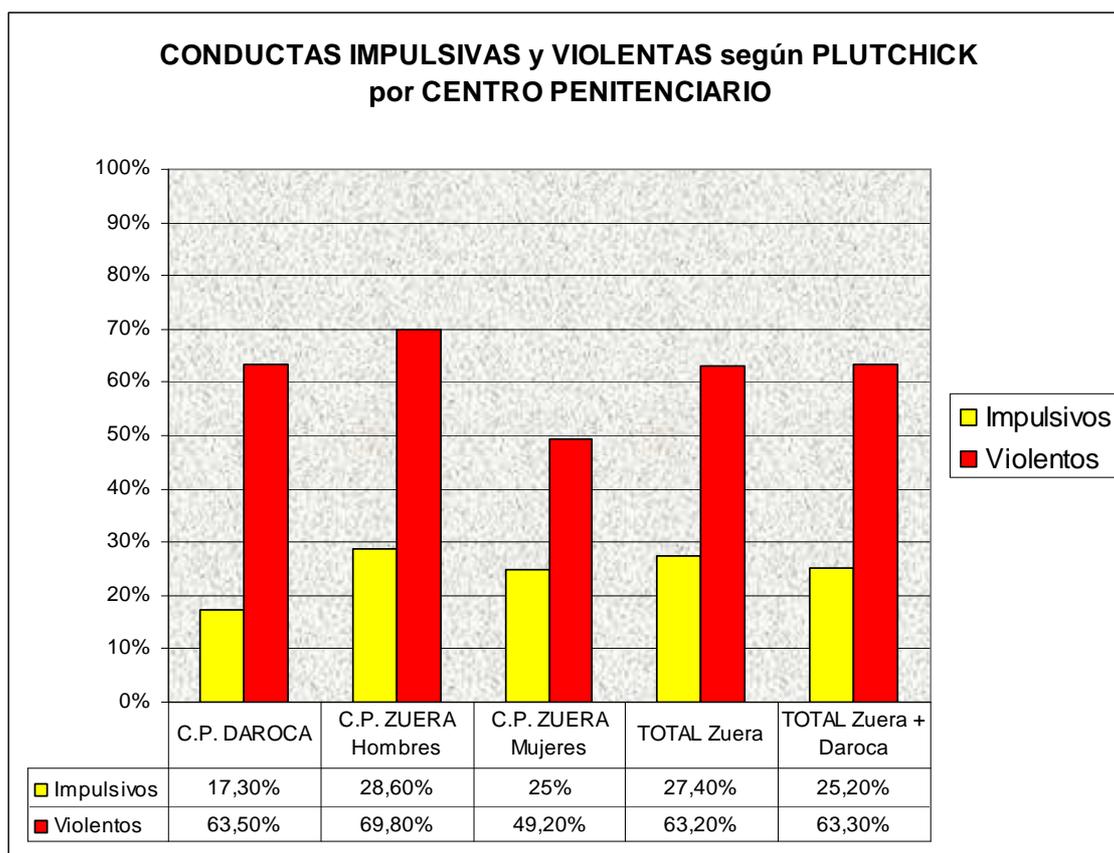
“Uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones. La intimidación y las amenazas, el abandono, la negligencia o los actos de omisión también están contemplados en esta definición”.

Desde hace ya algunas décadas, el estudio clínico de la impulsividad viene siendo foco de revisión científica, por ello se han desarrollado algunos instrumentos de medición para estimar este constructo: el Cuestionario de Impulsividad de Eysenck³, la Escala de Búsqueda de Sensaciones de Zuckerman⁴, el Cuestionario de Kipnis⁵ o la Escala de Impulsividad de Barrat⁶. Existen hallazgos en el campo neurobiológico que orientan a sostener la afectación de algunos neurotransmisores específicos en los sujetos impulsivos. Igualmente, se ha progresado en la definición del término y en estudios sobre la biología del sistema nervioso, que poco a poco han ido consolidando bases al concepto⁷. Plutchik y Van Praag, buscando estudiar los correlatos

neurobiológicos de los trastornos mentales, desarrollaron un instrumento que midiera la impulsividad en la conducta suicida⁸.

Para Lorr y Wunderlich, hay dos componentes bipolares en la dimensión de impulsividad: a) resistirse al deseo vs rendirse ante los deseos y b) responder inmediatamente al estímulo vs planear antes de actuar⁹.

Los trastornos por control de los impulsos de mayor interés forense son el trastorno explosivo intermitente, la cleptomanía, la piromanía y el juego patológico. Su constatación pericial resulta complicada. Las deficiencias de autocontrol constituyen una vivencia objetiva difícilmente evaluable. Los datos sumariales (número de hurtos absurdos en la cleptomanía, entradas en el casino en la ludopatía, frecuencia de ataques y accesos de ira en el trastorno explosivo, etc) son de gran valor¹⁰.



Las tasas de respuesta en la población penitenciaria a las dos Escalas de Plutchick sobrepasaron el 99%. Los presos fueron calificados como “impulsivos” en

una cuarta parte. El adjetivo “violento” podía aplicarse a casi dos terceras partes de los mismos.

Las conductas impulsivas se han relacionado con una gran variedad de problemas entre los que se encuentran el abuso y dependencia de sustancias^{11,12} (incluyendo el alcohol)¹³, los trastornos de la alimentación¹⁴, el juego patológico¹⁵, la conducta suicida¹⁶, las autolesiones¹⁷, los trastornos de la personalidad¹⁸ (Límite, Antisocial e Histriónico)¹⁹, el trauma craneoencefálico²⁰, la precipitación de la agresión²¹ y el desarrollo y recurrencia de conductas delictivas y criminales^{22,23}.

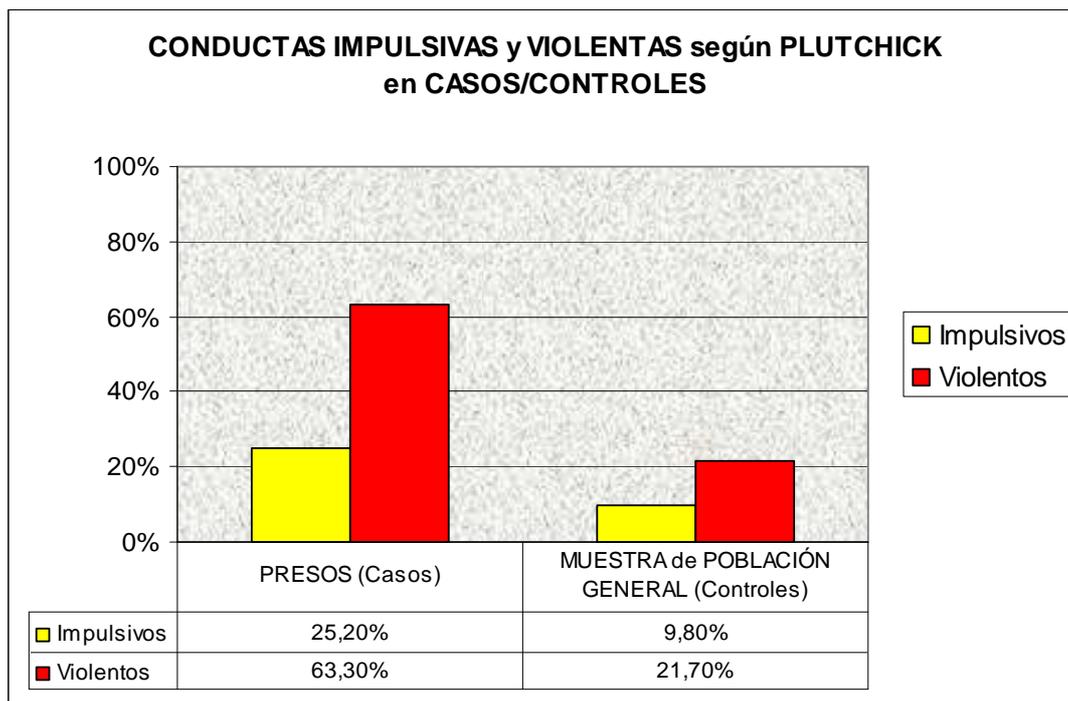
La importancia de la impulsividad se magnifica ante la necesidad de evaluar a personas que han cometido delitos y que están próximas a reintegrarse a la comunidad. Por su parte, ese tipo de evaluación tiene graves dificultades, dadas por la actitud interesada del evaluado, que puede aportar diversos tipos de sesgos²⁴.

Los reclusos impulsivos de las cárceles aragonesas eran más consumidores de drogas (30,2%) que los no impulsivos (18,3%). También tenían más problemas con el juego: un 26,7% de probables jugadores patológicos diagnosticados con el “Cuestionario Breve de Juego Patológico”, frente a un 14% en los no impulsivos. En relación con la violencia autoinfligida, casi un tercio de los impulsivos tenía un riesgo moderado – severo de suicidio, mientras que en los no impulsivos no llegaba al 24%. El Trastorno de la Personalidad Límite, uno de los más relacionados con la impulsividad, tuvo una prevalencia bastante mayor entre la población carcelaria etiquetada como impulsiva (45%) que entre los no impulsivos (20,2%). Los individuos encarcelados tipificados como impulsivos resultaron ser más violentos (20,7%) que los que no lo eran (4,6%). El análisis de la criminalidad concluyó que prácticamente tres cuartas partes de los internos impulsivos habían cometido delitos violentos, frente a un 46,6% de los no impulsivos. De todas estas relaciones se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p=0,026$, $0,015$, $< 0,001$, $0,00$, $0,001$ y $0,044$ respectivamente).

Sin embargo, las asociaciones nombradas en la literatura científica entre la impulsividad y el abuso/dependencia de alcohol, el traumatismo craneoencefálico o las autolesiones, no se pudieron demostrar ($p= 0,478$, $0,358$ y $0,068$).

Por otra parte, la violencia, es más que una agresión física, psíquica o sexual: incluye también conductas amenazadoras y abusos verbales, como llamadas telefónicas obscenas, amenazas, golpes a las paredes o tirar cosas al suelo, calumnias e intimidación. Además, al igual que la impulsividad, también está relacionada con el alcohol²⁵, las drogas²⁶, los trastornos de la personalidad²⁷ (en especial el Trastorno Antisocial)²⁸ o la enfermedad mental²⁹, entre otras.

Los reclusos violentos de la Comunidad Autónoma de Aragón tenían más problemas con el alcohol (44,2%) que los que no lo eran (27,1%) y las diferencias fueron estadísticamente significativas ($p=0,05$). Pero no se pudo comprobar que los etiquetados por la Escala de Riesgo de Violencia de Plutchik como violentos consumieran más drogas ($p=0,540$), tuvieran mayor prevalencia de Trastorno Antisocial de la Personalidad ($p=0,88$), ni que tuvieran más antecedentes de enfermedad mental personal ($p=0,182$), aunque sí de enfermedad mental familiar ($p=0,015$).



En esta tesis doctoral, la muestra de población general fue bastante menos impulsiva y violenta que los presos. Los controles impulsivos apenas representaron un 10% frente al 25% de los presos. Y en cuanto a comportamientos violentos, un 22% escaso entre los controles, pero casi dos tercios entre los casos. Las diferencias fueron estadísticamente significativas ($p < 0,001$) en ambos casos.

Algunos de los trabajos ponen de manifiesto la hipótesis de que los individuos con abuso de sustancias puntúan en las escalas de impulsividad de forma más elevada que los controles, lo que también se ha obtenido en esta investigación: el 55% de los presos impulsivos consumían drogas, mientras que los controles impulsivos tan sólo lo hacían en el 3,3%. Esta diferencia es estadísticamente significativa ($p < 0,001$).

Utilizando el "California Personality Inventory" (CPI) se estudió a una muestra de 70 sujetos diagnosticados de juego patológico, 70 alcohólicos en tratamiento y 70 controles, obteniendo que los grupos con patología puntuaban más bajo que los controles en autocontrol (habilidad para moderar los impulsos e inhibir una acción)³⁰.

Otro estudio llevado a cabo por Ketzenberger y Forrest con una muestra de 54 alcohólicos y 351 controles encontró mayores niveles de impulsividad en sujetos alcohólicos midiéndolo a través de la Escala de Barratt³¹.

En algunas ocasiones los delitos cometidos bajo el influjo de las drogas revisten una especial violencia. Se encuentra esta asociación hasta en un 10% de los casos, siendo la mayoría por atracos. En Suecia, durante los años 1988 y 2000, se investigó el impacto del abuso de sustancias en los delitos con violencia mediante la estimación del riesgo atribuible a partir de los datos de registros psiquiátricos nacionales y de delitos. Los autores encontraron que el 16% de todos los delitos violentos habían sido cometidos por personas que habían tenido un ingreso hospitalario por abuso de alcohol y más del 10% de los delitos habían sido cometidos por personas diagnosticadas de abuso de drogas³². Sólo dos controles de esta tesis doctoral habían estado en prisión y ninguno de ellos había cometido delitos violentos, no así los casos, en los que la cifra sobrepasaba el 50%. Y, pormenorizando en los

delitos violentos cometidos por aquellos reclusos que reconocían consumir drogas, la cifra era del 63%.

En cuanto a la violencia de género, cualquier mujer tiene un 9% de riesgo a lo largo de toda su vida de sufrir una lesión grave, un porcentaje que llega a elevarse hasta el 22% cuando las heridas son de todos los tipos. Pero si tiene una pareja que bebe alcohol, toma drogas, está en paro o trabaja de forma intermitente, sus probabilidades de sufrir agresiones son mucho más elevadas³³.

El “Proyecto ACTIVA” (Estudio Multicéntrico sobre Actitudes y Normas Culturales frente a la Violencia) evaluó por un lado la relación entre los factores normativos, actitudinales y ambientales, y por el otro la prevalencia de conductas violentas hacia la pareja, los niños y personas ajenas a la familia³⁴.

Esta investigación multicéntrica reveló que el riesgo general de golpear al cónyuge, para sujetos que previamente ya habían golpeado a alguien que no pertenecía a su familia, era por término medio 7,2 veces mayor. Los comportamientos muy agresivos fueron menos frecuentes que los menos agresivos, por ejemplo, la agresión física fue menos frecuente que la agresión verbal³⁵. Esto se comprobó en los presos que participaron en la presente tesis doctoral: el 5,7% de los violentos gritaban con rabia “a menudo” a su pareja y el 0,5% les daban una bofetada “a menudo”, encontrándose que sólo el 1,6% y ninguno de los controles violentos les gritaban y pegaban respectivamente. Las diferencias fueron estadísticamente significativas para dar una bofetada ($p < 0,001$), pero no para gritar con rabia ($p = 0,933$).

CONCLUSIONES

1. Los presos resultaron ser más violentos que impulsivos.
2. Se pudo demostrar que los reclusos impulsivos consumían drogas y tenían problemas con el juego patológico en mayor proporción que los no impulsivos.
3. Se probó que los internos impulsivos tenían un riesgo de suicidio moderado – severo más elevado que los que no lo eran.
4. Se corroboró que el Trastorno de Personalidad Límite era más frecuente en la población penitenciaria calificada como impulsiva.
5. Se comprobó que los sujetos encarcelados que eran impulsivos cometieron más delitos violentos.
6. No se pudo evidenciar la relación entre presos impulsivos y dependencia alcohólica, traumatismo craneoencefálico y autolesiones.
7. Se confirmó que los reclusos violentos tenían más problemas con el alcohol pero no con las drogas.
8. El Trastorno de Personalidad Antisocial y los antecedentes de enfermedad mental personal no fueron hallados con mayor frecuencia entre los reclusos violentos. Pero sí los antecedentes familiares de enfermedad mental.
9. El grupo de presos presentó mayor impulsividad, sentimientos de agresividad y conductas violentas que la muestra de población general.
10. Un gran número de los sujetos encarcelados que consumían drogas habían cometido delitos violentos.
11. Se demostró que los reclusos violentos pegaban una bofetada a sus parejas con mayor frecuencia que los controles. Esto no se pudo evidenciar en la pregunta “gritar con rabia”.

BIBLIOGRAFÍA

- ¹ López-Ibor JJ, Valdés M (dir.) “DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado”. Barcelona: Masson; 2002.
- ² WHO Global Consultation on Violence and Health. Violence: a Public Health Priority. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1996 (documento WHO/EHA/SPI.POA.2).
- ³ Eysenck S, Pearson P, Easting G, Allsopp J. Age norms for impulsiveness, venturesomeness and empathy in adults. *Pers Individual Differences* 1985; 6: 613 – 619.
- ⁴ Zuckerman M. Sensation seeking, beyond the optimal level of arousal. Nueva Jersey: Eribaum ed; 1975.
- ⁵ Kipnis D. Character structure and impulsiveness. New York: Academic Press; 1971.

- ⁶ Barrat E. Impulsiveness subtraits, Arousal and Information Processing. Motivation, Emotion and Personality. Amsterdam: Elsevier Science Publishers; 1985.
- ⁷ Helmers KF, Young SN, Pihl RO. Assessment of measures of impulsivity in healthy male volunteers. *Pers Individ Dif* 1995; 19 (6): 927 – 935.
- ⁸ Plutchik R, Van Praag H. The measurement of suicidality, aggressivity and impulsivity. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiat* 1989; 13: 23 – 34.
- ⁹ Lorr M, Wunderlich A. A measure of impulsiveness and its relation to extraversion. *Educ Psychol Measurement* 1985; 45: 251 – 257.
- ¹⁰ Olavarrieta S, Gómez – Jarabo G, Esbec E. Valoración de la capacidad de obrar: el control de los impulsos. *Investigación en Salud* 2004; 6 (1): 35 – 42.
- ¹¹ Ros S, Peris M, Gracia R. "Impulsividad". 1ª edición. Barcelona: RBA Libros S.A; 2003.
- ¹² McCown W. The effect of impulsivity and empathy on abstinence of poly – substance abusers: a prospective study. *Br J Addiction* 1990; 85: 635 – 637.
- ¹³ Stanford M, Greve K, Boudreaux J, Mathias Ch, Brumbelow J. Impulsiveness and risk – taking behaviour: comparison of high – school and college students using the Barrat Impulsiveness Scale. *J Clin Psychol* 1995; 51: 768 – 774.
- ¹⁴ Newton JR, Freeman CP, Munro J. Impulsivity and dyscontrol in bulimia nervosa: is impulsivity and independent phenomenon or a marker of severity. *Acta Psychiatr Scand* 1993; 87: 389 – 394.
- ¹⁵ Sánchez – Hervás E. Juego Patológico: un trastorno emergente. *Trastornos adictivos* 2003; 5 (2): 75 – 87.
- ¹⁶ Tardiff K, Sweillam A. Factors related to increase of assaultive behavior in suicidal patients. *Acta Psychiatr Scand* 1980; 62: 63 – 68.
- ¹⁷ Evans J, Platts H, Liebenau A. Impulsiveness and deliberate self – harm: a comparison of first timers and repeaters. *Acta Psychiatr Scand* 1996; 93: 378 – 380.
- ¹⁸ Kay J. Tratamiento integrado de los trastornos psiquiátricos. Barcelona: Ars Médica; 2002.
- ¹⁹ Stein DJ, Hollander E, Liebowitz MR. Neurobiology of impulsivity and the impulse control disorders. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 1993; 5 (1): 9 – 17.

- ²⁰ Henderson MJ, Galent LW, DeLuca JW. Temperamental styles and substance abuse characteristics. *Subst Abus* 1998; 19: 61 – 70.
- ²¹ Dolan M, Fullam R. Behavioral and psychometric measures of impulsivity in a personality disordered population. *The Journal of Forensic Psychiatry and Psychology* 2004; 15 (3): 426 – 450.
- ²² Blackburn R, Gunn J, Hill J, Mawson D, Mullen P. Personality disorders. *Forensic Psychiatry. Clinical, Legal and Ethical Issues*. Londres: Butterworth – Heinemann Ltd; 1993.
- ²³ Farrington DP. Motivations for conduct disorder and delinquency. *Dev Psychopathol* 1993; 5: 225 – 241.
- ²⁴ Folino JO, Escobar F, Castillo JL. Exploración de la validez de la escala de impulsividad de Barratt (BIS 11) en la población carcelaria argentina. *Revista Colombiana de Psiquiatría* 2006; 35 (2): 132 – 148.
- ²⁵ Podurgo F. Alcohol and Criminal Behavior. *Alcohol & Alcoholism* 1998; 33 (1): 12 – 15.
- ²⁶ Chalub M, Borba LE. Alcohol, Drugs and Crime. *Rev Bras Psiquiatr* 2006; 28 (Supl II): S69 – 73.
- ²⁷ Putkonen H, Erkki J, Komulainen MV, Eronen M, Lönnqvist J. Risk of repeat offending among violent female offenders with psychotic and personality disorders. *American Journal of Psychiatry* 2003; 160 (5): 947 – 951.
- ²⁸ Echeverry J, Escobar F, Martínez JW, Garzón A, Gómez D. Trastorno de personalidad antisocial en condenados por homicidio en Pereira, Colombia. *Inv Salud* 2002; IV (2): 89 – 94.
- ²⁹ Hanna P, Komulainen EJ, Virkkunen M, Eronen M, Lönnqvist J. Risk of repeat offending among violent female offenders with psychotic and personality disorders. *American Journal of Psychiatry* 2003; 160 (5): 947 – 951.
- ³⁰ McCormick RA, Taber J, Kruegelbach N, Russo A. Personality profiles of hospitalized pathological gamblers: the California Personality Inventory. *Journal of Clinical Psychology* 1987; 43: 521 – 527.
- ³¹ Ketzenberger KE, Forrest L. Impulsiveness and compulsiveness in alcoholics and nonalcoholics. *Addictive Behaviors* 2000; 25: 791 – 5.
- ³² Grann M, Fazel S. Substance misuse and violent crime: Swedish population study. *BMJ* 2004; 328 (7450): 1233 – 1234.
- ³³ Kyriacou DN, Anglin D, Taliaferro E, Stone S, Tubb T, Linden JA et al. Risk factors for injury to women from domestic violence against women. *N Engl J Med* 1999; 341 (25): 1892 – 8.
- ³⁴ Orpinas P. Investigaciones en Salud Pública. Proyecto ACTIVA. División de Salud y Desarrollo Humano de la Organización Panamericana de la Salud, Washington D.C, 1999.
- ³⁵ Orpinas P. Informe de avance del Proyecto ACTIVA. División de Salud y Desarrollo Humano de la Organización Panamericana de la Salud, Washington D.C, 1998.



DROGODEPENDENCIA

Muchos individuos pueden consumir sustancias sin que ello les acarree problemas clínicamente significativos como para merecer un diagnóstico DSM – IV TR. No obstante, los trastornos relacionados con sustancias se encuentran entre las enfermedades mentales más frecuentes y que causan mayor deterioro.

En el DSM – IV TR¹ el término *relacionado con sustancias* hace referencia a los trastornos asociados a las drogas de abuso, a los efectos secundarios de medicamentos y a los estados de intoxicación. En esta clasificación de la “Asociación Americana de Psiquiatría” existen dos tipos de diagnósticos relacionados con sustancias: los *trastornos por consumo de sustancias*, que describen un patrón de consumo problemático (dependencia y abuso), y los *trastornos inducidos por sustancias*, que describen síndromes conductuales causados por los efectos directos de la sustancia sobre el sistema nervioso central.

Tabla I. CONSUMO de DROGAS por CENTRO PENITENCIARIO

Categorías		C.P. DAROCA	C.P. ZUERA		Total Zuera	TOTAL Zuera + Daroca
			Hombres	Mujeres		
¿Ha probado Drogas alguna vez?		78,8%	74,2%	67,8%	72,1%	73,6%
Tipos de Drogas	Éxtasis – Drogas de Síntesis	53,7%	68,5%	42,5%	60,6%	59%
	Tranquilizantes y Somníferos sin receta médica	68,3%	64,1%	52,5%	60,6%	62,4%
	Cannabis	95,1%	96,7%	75%	90,2%	91,3%
	Inhalables	36,6%	41,3%	25%	36,4%	36,4%
	Alucinógenos	53,7%	64,1%	32,5%	54,5%	54,3%
	Anfetaminas, Speed	56,1%	68,5%	40%	59,8%	59%
	Heroína	68,3%	63%	57,5%	61,4%	63%
Cocaína	85,4%	89,1%	75%	84,8%	85%	
Consumo Actual		24,3%	21,8%	28,6%	23,8%	23,9%
	Tiempo medio de consumo en años (con desviación típica)	20,9±6	13,5±7,7	9,5±4,1	12,1±6,8	14,4±7,6
	Edad media de inicio de consumo en años (con desviación típica)	12,7±2,6	14,7±2,9	15,4±5,1	15±3,8	14,4±3,6
Desintoxicación	Actualmente en Programa de Desintoxicación	33,3%	36,8%	50%	40,7%	38,9%
	Mediana del Nº veces en Programa de Desintoxicación (de todos los que han probado drogas alguna vez)	4	2	4	2	3

Tasas de No Respuesta en Mujeres	
¿Ha probado Drogas alguna vez?	21,7%
Consumo Actual	12,5%
* En el resto de preguntas la tasa de respuesta en todas las prisiones y en el total fue mayor del 90%.	

El análisis de la variable “drogas” por centro penitenciario reveló que casi el 74% de los presos habían probado una o varias de estas sustancias alguna vez; el 24% de éstos se declaraban consumidores actuales, con tiempos medios de consumo de más de 14 años y habiendo empezado a tomar las drogas a los 14 años.

En general, los tipos de drogas que más habían sido probados fueron el cannabis (91%) seguido muy de cerca por la cocaína (85%) y a cierta distancia, la heroína y los tranquilizantes y somníferos sin receta médica (ambos sobre el 63%).

El 40% de la población carcelaria estaba actualmente en un programa de desintoxicación, y la mediana del nº de veces en un programa de este tipo fue de 3. Las mujeres fueron las que reconocieron en mayor medida ser consumidoras actuales, aunque comparadas con los hombres llevaban menos años de consumo y habían comenzado a drogarse también un poco más tarde.

Los presos de Daroca fueron los que más pronto se iniciaron en el consumo (antes de los 13 años) y los que más años llevaban drogándose, casi 21, circunstancia que no tiene relación con la edad media de estos reclusos, que era similar a la de los hombres de Zuera (alrededor de los 37 años) y sólo un poco mayor a la de las mujeres (alrededor de los 31 años). También tenían las tasas más bajas de estar actualmente desintoxicándose, a pesar de que las veces que habían estado intentándolo (4), al igual que las mujeres, eran mayores que las de los presos varones de Zuera.

Lo mismo que sucede con el alcohol, las investigaciones sobre el abuso de drogas realizadas en prisiones son muy desiguales. En la revisión sistemática², ya comentada en el epígrafe del alcohol, y que fue realizada en un total de 7563 presos pertenecientes a trece estudios diferentes, las prevalencias para el abuso/dependencia de drogas oscilaron entre el 10 y el 48% en los reclusos pertenecientes al género masculino, y entre el 30,3% y el 60,4% en las mujeres encarceladas.

Las causas de esta gran heterogeneidad en los resultados puede deberse a varias razones: a las distintas herramientas diagnósticas utilizadas para definir el abuso/dependencia a las drogas; a una infraestimación del problema, bien porque el

preso no reconozca su adicción a estas sustancias o porque la institución que lo mantiene privado de libertad no detecte adecuadamente el problema en su población carcelaria; al porcentaje importante de presos que ingresa en prisión por un tiempo relativamente breve, pero que después de su liberación puede ingresar de nuevo, a lo largo del mismo año, y que distorsiona los datos al hacer que una misma persona pueda ser contabilizada varias veces, tantas como ingresos tenga en prisión, a los propios diseños de los estudios de investigación, etc.

Muchos de los datos disponibles en la Unión Europea sobre el consumo de drogas en prisión provienen de estudios específicos basados en muestras de tamaño variable, cuyos resultados (y tendencias) son muy difíciles de extrapolar. Teniendo en cuenta estas limitaciones, en la mayoría de los trabajos realizados en el ámbito de la unión, la prevalencia del consumo de drogas en la población encarcelada es superior al 50% y el consumo regular oscila entre el 10% y el 42%; además, presenta grandes variaciones entre prisiones, centros de detención y países (del 22% al 86%)³.

De la misma forma que sucede en la sociedad, el cannabis es la droga consumida con mayor frecuencia en prisión y con tasas de prevalencia en algún momento de la vida que varían entre el 11% y el 86%. Entre el 5% y el 57% de los presos afirma haber consumido cocaína (y crack) en algún momento, y entre el 5% y el 66%, heroína.

Entre la población reclusa española, según la encuesta realizada en el año 2006 por el Plan Nacional de Drogas sobre 4.934 internos, alrededor del 9% ha consumido sustancias tóxicas en algún momento durante su estancia en la cárcel. Las sustancias psicoactivas más extendidas entre la población penitenciaria fueron el alcohol, el cannabis y la cocaína⁴.

Aún con todo, muy probablemente, tanto en la investigación nacional como en la aragonesa, la tasas estén infravaloradas. A pesar de que el percentil medio de sinceridad que se obtuvo entre los presos fue bueno, las preguntas comprometidas tienden a ser contestadas con una respuesta social.

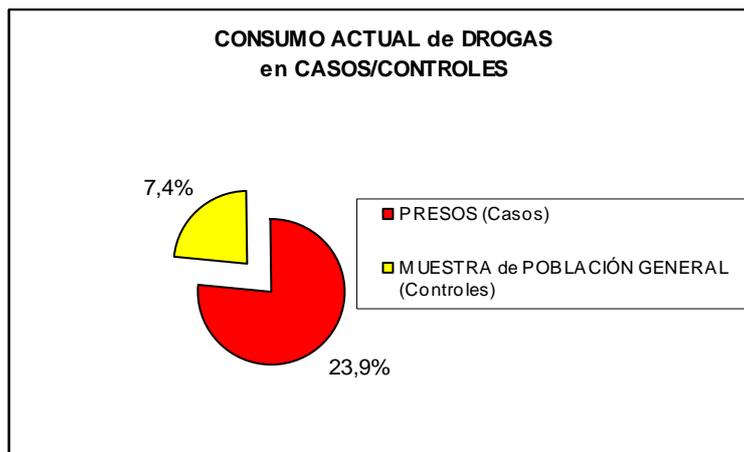
Hay que considerar, como también sucede con el alcohol, que aunque hay una proporción de presos que se inician en las drogas en la cárcel, la gran mayoría ya presentaba problemas de este tipo antes de su ingreso en prisión³.

En otros países del mundo la situación del uso/abuso de drogas en prisión es similar: según Henríquez, el preso tipo encontrado en un estudio de 510 reclusos varones de la región oriental venezolana, es consumidor de drogas⁵.

En otras investigaciones españolas en presos, la edad de inicio de consumo, sea cual sea el tipo de droga, también se situó sobre los 14 años⁶.

Respecto a las mujeres en prisión, Yagüe y Cabello (2005)⁷, apuntan que el 44% ya son toxicómanas a los 15 años. A los 25 años el 81% se han iniciado en el consumo de drogas, siendo la sustancia más consumida el cannabis (44,4%), seguida por la heroína y la cocaína.

Tabla II. CONSUMO de DROGAS en CASOS/CONTROLES			
Categorías		PRESOS (Casos=239)	MUESTRA de POBLACIÓN GENERAL (Controles=494)
¿Ha probado Drogas alguna vez?		73,6%	39,7%
Tipos de Drogas	Éxtasis – Drogas de Síntesis	59%	12,5%
	Tranquilizantes y Somníferos sin receta médica	62,4%	15,4%
	Cannabis	91,3%	92,4%
	Inhalables	36,4%	2,2%
	Alucinógenos	54,3%	6,6%
	Anfetaminas, Speed	59%	18,5%
	Heroína	63%	--
	Cocaína	85%	17,8%
Consumo Actual		23,9%	7,4%
	Tiempo medio de consumo en años (con desviación típica)	14,4±7,6	5,1±2,8
	Mediana de la Edad de inicio de consumo en años	14,4±3,6	18
Desintoxicación	Actualmente en Programa de Desintoxicación	38,9%	--
	Mediana del Nº veces en Programa de Desintoxicación (de todos los que han probado drogas alguna vez)	3	--



Los presos tuvieron más problemas con las drogas que los controles (población general) en todas las preguntas realizadas, encontrándose diferencias significativas ($p < 0.001$): casi tres cuartas partes había probado las drogas alguna vez (controles \cong 40%), prácticamente el 24% seguía consumiendo drogas actualmente (controles = 7,4%), con un tiempo medio de consumo de más de 14 años (5 años en los controles) y una mediana de edad de inicio de consumo de también 14 años (18 años en los controles). En Programas de Desintoxicación había casi un 40% de los reclusos y ningún control. Y la mediana del nº de veces en un programa de estas características fue de 3.

Estos datos revelan que el problema de la drogodependencia está mucho más extendido entre los presos que en la población general, como demuestran también los resultados de la Encuesta Estatal sobre Salud y Consumo de Drogas entre la Población Penitenciaria (2006)⁴ y los del Informe Anual 2008 del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías⁸.

CONCLUSIONES

1. La mayor parte de los presos aragoneses habían probado las drogas y muchos de éstos estaban consumiendo actualmente.
2. Los reclusos llevaban bastantes años tomando drogas y la edad de inicio en el consumo fue en la adolescencia temprana (sobre los 14 años), lo cual corroboran otras investigaciones españolas realizadas en presos.
3. Estas dos últimas circunstancias fueron más llamativas en el Centro Penitenciario de Daroca, quizá porque la totalidad de sus internos eran condenados y estaban cumpliendo ya una sentencia firme.
4. Las sustancias más consumidas por los reclusos de Aragón fueron el cannabis y la cocaína, lo cual es coincidente con los resultados manejados a nivel estatal.
5. La prevalencia de consumo de drogas encontrada en la población carcelaria aragonesa fue menor que la estimada en estudios europeos; sin embargo, fue superior a la encontrada en trabajos a nivel español. Estas diferencias pueden ser debidas a las grandes variaciones entre prisiones y países; a las distintas herramientas utilizadas para el diagnóstico; y a que tanto la institución carcelaria como el propio preso, no reconozcan el problema.
6. Un gran porcentaje de los presos consumidores aragoneses estaban realizando un programa de desintoxicación de drogas.
7. Entre los controles consumidores ninguno había probado la heroína, mientras que esta adicción fue un problema relevante entre los internos.
8. El problema de la drogodependencia, analizado en sus múltiples variables, fue mucho más frecuente entre los reclusos que en la muestra de población general. Estos datos concuerdan con otros trabajos realizados en España y en Europa.

BIBLIOGRAFÍA

¹ López-Ibor JJ, Valdés M (dir.) "DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado". Barcelona: Masson; 2002.

² Fazel S, Bains P, Doll H. Substance abuse and dependence in prisoners: a systematic review. *Addiction* 2006; 101: 181–191.

³ El problema de la Drogodependencia en Europa. Informe Anual 2006. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. Luxemburgo, 2006.

⁴ Encuesta Estatal sobre Salud y Drogas entre los Internados en Prisión (ESDIP). Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2006.

⁵ Henríquez, G. Características Psicosociales de la población de penados de la región oriental venezolana. Psicología jurídica y forense. [En línea, consultado el 11 de septiembre de 2008]. Disponible en: <http://www.psicologiajuridica.org/psj71.html>.

⁶ Santamaría JJ, Chait L. Drogadicción y Delincuencia. Perspectiva desde una prisión. Adicciones, 2004; 16(3): 207–217.

⁷ Yagüe C, Cabello MI. Mujeres jóvenes en prisión. Revista de Estudios de Juventud, 2005; 69: 30-48.

⁸ El problema de la Drogodependencia en Europa. Informe Anual 2008. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. Luxemburgo, 2008.

Abuso de Alcohol



DEPENDENCIA al ALCOHOL

Los criterios internacionales de diagnóstico de dependencia al alcohol según el DSM – IV TR son¹:

Patrón desadaptativo de consumo del alcohol que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres o más de los siguientes ítems en algún momento de un período continuado de 12 meses:

- 1) Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - a. Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de alcohol para conseguir el efecto deseado.
 - b. El efecto de las mismas cantidades de alcohol disminuye claramente con su consumo continuado.
- 2) Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - a. El síndrome de abstinencia característico para el alcohol.
 - b. Se toma alcohol (o una sustancia muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
- 3) El alcohol es tomado con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía.
- 4) Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo del alcohol.
- 5) Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de alcohol (desplazarse largas distancias...), en el consumo (tomar un trago tras otro...) o en la recuperación de sus efectos.
- 6) Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas.
- 7) Se continúa tomando alcohol a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de alcohol.

Tabla I. CRIBADO de PROBLEMAS RELACIONADOS con el ALCOHOL (Test Cage) por CENTRO PENITENCIARIO

Categorías del Test Cage	C.P. DAROCA	C.P. ZUERA		Total Zuera	TOTAL Zuera + Daroca
		Hombres	Mujeres		
Sin Problemas	52,5%	40,3%	43,3%	40,9%	43,4%
Indicios de Problemas	12,5%	18,5%	23,3%	19,5%	18%
Probable Dependencia Alcohólica	35%	41,2%	33,3%	39,6%	38,6%
Tasas de No Respuesta	23,1%	6,3%	50%	20,3%	20,9%

Para realizar el cribado de problemas relacionados con el alcohol en las dos prisiones aragonesas estudiadas se utilizó el Test CAGE, creado en los años setenta. Éste reveló que el 18% de los reclusos presentaba indicios de problemas con esta sustancia y que el 38,6% tenía una probable dependencia alcohólica. En la interpretación de los resultados, hay que tener en cuenta que el 21% del total de los presos no contestaron este test.

Los resultados individuales por prisión fueron similares, aunque no se pudo comprobar si había diferencias por sexo, ya que las mujeres recluidas en Zuera no respondieron a la prueba de cribado en un 50% de los casos. Por tanto, existía una probabilidad bastante importante de que las cifras menores de prevalencia encontradas en las mujeres, no reflejaran con exactitud la realidad del abuso/dependencia al alcohol por parte de este colectivo.

Las investigaciones sobre el abuso de alcohol realizadas en prisiones son muy heterogéneas. En una revisión sistemática realizada en un total de 7563 presos pertenecientes a trece estudios diferentes, la mayoría estadounidenses, las prevalencias para el abuso/dependencia al alcohol fueron del 17,7% al 30% entre los internos varones y del 10% al 23,9% en mujeres presas².

Entre la población reclusa española, según la encuesta realizada en el año 2006 por el Plan Nacional de Drogas, el consumo de alcohol ha aumentado considerablemente en prisión: del 43,1% en el año 2000 al 61,7% en el 2006³. Entre las personas que ingresan en la cárcel el alcohol ocupa el tercer lugar de las sustancias más consumidas, después del tabaco y del cannabis⁴.

Esta heterogeneidad en los estudios sobre el abuso/dependencia del alcohol en prisión, también ha sido puesta de manifiesto en el informe presentado en el año 2006⁵, donde se afirma que la información nacional rutinaria sobre el tipo y las pautas de consumo de drogas y alcohol entre los presos es escasa y desigual. Valgan como ejemplo ilustrativo dos estudios realizados en prisiones francesas mediante el Test Cage: en uno⁶, llevado a cabo en Dijon en 1992, la prevalencia de dependencia

alcohólica fue del 29%; en el otro⁷, hecho en Fresnes en 1997, la tasa documentada fue del 56%.

Otro aspecto a considerar, aunque en esta investigación no se tuvo en cuenta, es que aunque hay una proporción de presos que se inician en el alcohol en la prisión, la gran mayoría ya presentaba problemas de este tipo antes de ser encarcelados⁸. En un estudio realizado en Francia el 33,5% de los que acababan de ingresar en la cárcel eran consumidores excesivos de alcohol⁹. En Bélgica el 28% de éstos presentaban antecedentes de abuso de alcohol y el 16% habían recibido tratamiento por este motivo¹⁰. En Inglaterra y Gales el 63% de los hombres y el 39% de las mujeres al ingresar en prisión presentaban consumos perjudiciales de alcohol¹¹. En un grupo de 200 reclusos de Madrid, en los que se aplicó el Cuestionario AUDIT (*“Alcohol Use Disorders Identification Test”*), para la detección temprana del consumo de riesgo, uso perjudicial y dependencia al alcohol, se detectó que el 42% de la muestra de personas que ingresan en prisión, el 40% de los que cumplen arrestos de fin de semana, el 36% de los liberados condicionales en tratamiento con metadona y el 32% de los que se encuentran en tercer grado penitenciario, sufrían de abuso o dependencia por uso de alcohol¹².

Con el objeto de definir el perfil patológico del interno ingresado en la enfermería del Centro Penitenciario de Villabona (Asturias), se realizó un corte a fecha de 5 de febrero de 1998 y se recogieron en una base de datos a los 34 pacientes ingresados en ese momento. Todos los presos eran varones comprendidos entre los 24 y los 76 años. Refirieron consumo de alcohol el 52,9% y se diagnosticaron entre éstos un 14% de alcohólicos¹³.

El consumo de alcohol entre los internos ingresados en esta enfermería, se encontraba por debajo del descrito en el total de reclusos de Asturias, utilizando los mismos criterios en los conceptos de consumo y fue del 63%¹⁴.

Tabla II. CRIBADO de PROBLEMAS RELACIONADOS con el ALCOHOL (Test CAGE) en CASOS y CONTROLES		
Categorías del Test Cage	PRESOS (Casos=239)	MUESTRA de POBLACIÓN GENERAL (Controles=494)
Sin Problemas	43,4%	72,9%
Indicios de Problemas	18%	12,6%
Probable Dependencia Alcohólica	38,6%	14,5%

Según el Informe “El Alcohol en Europa. Una perspectiva de Salud Pública”, se puede estimar que 23 millones de europeos (5% de los hombres y 1% de las mujeres) sufren una dependencia alcohólica en cualquier año aisladamente considerado¹⁵.

El alcohol es la droga psicoactiva de consumo más extendido en España. En 2007/2008, según la “Encuesta Domiciliaria sobre el Alcohol y Drogas (EDADES)”, en los 12 meses previos a la misma, un 72,9%, y en los 30 días previos, un 60% de la población de 15 – 64 años había tomado semanalmente bebidas alcohólicas¹⁶.

El consumo de alcohol continúa siendo el mayor problema de drogodependencias en la Comunidad Autónoma de Aragón: un 14,6% de población entre 15 – 64 había consumido diariamente alcohol en los 30 días previos a la Encuesta Domiciliaria del Consumo de Drogas 2001³.

Se ha estimado que la tasa de dependencia de alcohol en la población reclusa alcanza cifras dos o tres veces superiores a las encontradas en la población general¹⁷, lo cual ha sido corroborado en esta investigación. En el grupo de los controles, las tasas de probable dependencia alcohólica obtenidas mediante el Test CAGE de cribado, arrojan un resultado del 14,5%, (cifra casi idéntica a la declarada por la OMS para la población general¹⁸) y en los presos de casi el 40%, con una significación estadística en la comparación entre ambos de $p < 0.001$.

Si se tiene en cuenta que la probabilidad de dependencia al alcohol es tres veces mayor entre las personas con enfermedades psiquiátricas comparadas con las que no las padecen¹⁹, y que en prisión la patología mental es un problema de primer

orden; parece lógico que se encontraran prevalencias del 45,1% de probable dependencia alcohólica en presos con antecedentes de desórdenes mentales, aunque la relación estadística no pudiera asegurarse por un margen estrecho de significación ($p=0,086$).

CONCLUSIONES

1. La prevalencia de dependencia alcohólica entre la población reclusa aragonesa, medida mediante el Test de Cage, fue muy elevada y coincide con las tasas encontradas en diferentes estudios.
2. El Test de Cage detectó unos resultados similares a los hallados por otros autores con el Cuestionario AUDIT en presos españoles.
3. No se pudo determinar si las reclusas tenían una frecuencia alta de problemas relacionados con el alcohol, porque la tasa de respuesta al test de cribado fue baja.
4. La muestra de población general presentó un comportamiento abusivo frente al alcohol más elevado que los ciudadanos europeos, quizás porque los instrumentos diagnósticos utilizados fueron diferentes.
5. Esta tesis corroboró que las tasas de probable dependencia alcohólica entre los encarcelados fueron superiores a las encontradas en la muestra de la población general.
6. El abuso/dependencia de alcohol entre los controles también se revela como un problema importante, y los datos de prevalencia que se obtuvieron, son coincidentes con los manifestados por la Organización Mundial de la Salud.
7. No pudo comprobarse, aunque por poco, la comorbilidad enfermedad mental y dependencia alcohólica entre los presos.

BIBLIOGRAFÍA

¹ López-Ibor JJ, Valdés M (dir.) "DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado". Barcelona: Masson; 2002.

² Fazel S, Bains P, Doll H. Substance abuse and dependence in prisoners: a systematic review. *Addiction* 2006; 101: 181–191.

³ Encuesta Estatal sobre Salud y Drogas entre los Internados en Prisión (ESDIP). Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2006.

- ⁴ Marshall T, Simpson S, Stevens A. Alcohol and drug misuse. Department of Public Health and Epidemiology, University of Birmingham, Birmingham, 1998: 58–63.
- ⁵ El problema de la Drogodependencia en Europa. Informe Anual 2006. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. Luxemburgo, 2006.
- ⁶ Michaud Provisional, Pessione F, Lavault J, Rohmer G, Rueff B. Screening of alcohol – related problems in French detainees using the CAGE questionnaire. *Alcologia* 2005; 12, 19 – 25.
- ⁷ De Beaurepaire C, Hiriart V. Conduites addictives and population incarcerated. Etude descriptive chez les patients de l'hôpital pénitentiaire de Fresnes. *Dépendances* 1997; 9: 14 – 24.
- ⁸ Maggia B et al. Variation in Audit Scores within the first weeks of imprisonment. *Alcohol & Alcoholism* 2004; 3: 247 – 250.
- ⁹ Cranstoun Drug Services. Assistance to Drug Users in European Union Prisons. European Monitoring Centre of Drugs and Drugs Addiction, 2001.
- ¹⁰ Todts S, et al. Tuberculosis, HIV, Hepatitis B and risk behaviour in a Belgian prison. *Arch. Public Health*, 1997; 55: 87–97.
- ¹¹ Singleton N, et al. Psychiatric morbidity among prisoners. Summary report. Office for National Statistics, London, 1998.
- ¹² Vegue M, Álvaro E, Sternberg F. Evaluación de los problemas relacionados con el uso de alcohol en un grupo de reclusos de Madrid. *Rev Esp Sanid Penit* 2004; 6: 40–46.
- ¹³ Martínez Cordero, A. Perfil patológico el interno ingresado en la Enfermería de un Centro Penitenciario. *Rev Esp Sanid Penit* 2000: 2; 41–47.
- ¹⁴ Martínez-Cordero A, Hinojal R, Bobes J, Martínez-Jarreta B. Diferencias epidemiológicas en delincuentes con relación a sus antecedentes psiquiátricos. *Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiatr.* 1994; 22(4): 153–157.
- ¹⁵ Anderson P, Baumberg B. El alcohol en Europa. Una perspectiva de salud pública. Un informe para la Comisión Europea. Institute of Alcohol Studies. Reino Unido. 2006 [en línea][fecha de consulta:27-X-2008]. Disponible en: <http://www.msc.es/alcoholJovenes/docs/alcoholEuropaEspanol.pdf>.
- ¹⁶ Informe de la “Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) 2007/2008”. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008. [en línea, fecha de consulta: 30 de enero de 2009]. Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/InformeEdades2007-2008.pdf>

¹⁷ Cuadrado P. Dependientes de alcohol que delinquen. III Jornadas de la Sociedad Española de Psiquiatría Legal. Ed. Nuevo Siglo, 1995: 45–60.

¹⁸ World Health Organization. Neuroscience of psychoactive substance use and dependence. Ginebra: World Health Organization; 2004.

¹⁹ Mendonça C, Laprega MR, Furtado EF. Performance assessment of Cage Screening Test among psychiatric outpatients. Rev Latino – am Enfermagem 2005; 13 (número especial). [en línea, fecha de consulta: 20 de noviembre de 2008]. Disponible en: www.eerp.usp.br/rlae

Juego Patológico



JUEGO PATOLÓGICO

Los criterios internacionales de diagnóstico del juego patológico según el DSM – IV TR son¹:

A. Conducta de juego perjudicial y recurrente, caracterizada al menos por cinco de los siguientes síntomas:

1. Preocupación frecuente por jugar.
2. Existe la necesidad de aumentar la magnitud o la frecuencia de las apuestas para conseguir la excitación deseada.
3. Intentos repetidos sin éxito para controlar, reducir o parar el juego.
4. Intranquilidad o irritabilidad cuando se intenta reducir o parar el juego.
5. El juego como estrategia para escapar de problemas, o para mitigar un estado de ánimo deprimido o disfórico.
6. Después de perder dinero en el juego, vuelta al día siguiente para intentar recuperarlo.
7. Mentiras a miembros de la familia, terapeutas u otros, para ocultar el grado de importancia del juego.
8. Comisión de actos ilegales como: fraude, falsificación, robo o desfalco, para poder financiar el juego.
9. Arriesgar o perder una relación de importancia, trabajo, u oportunidad escolar o laboral a causa del juego.
10. Engaños repetidos para conseguir dinero con el que mitigar la desesperada situación financiera, en la que se encuentra, debida al juego.

B. La conducta de juego no se encuentra asociada a un episodio maníaco.

**Tabla I. CRIBADO de PROBLEMAS RELACIONADOS con el JUEGO
(Cuestionario Breve de Juego Patológico) por CENTRO PENITENCIARIO**

Categorías del CBJP	C.P. DAROCA	C.P. ZUERA		Total Zuera	TOTAL Zuera + Daroca
		Hombres	Mujeres		
Sin Problemas	81,4%	75,4%	83,9%	77,2%	78,2%
Probable Jugador Patológico	18,6%	24,6%	16,1%	22,8%	21,8%
Tasas de No Respuesta	17,3%	10,2%	48,3%	22,5%	21,3%

Casi un 22% de la población penitenciaria estudiada fue calificada por el test de cribado como probables jugadores patológicos. La prevalencia hallada entre las mujeres reclusas (16,1%) no puede tomarse en consideración, puesto que casi la mitad de ellas no contestaron al “Cuestionario Breve de Juego Patológico”, bien porque consideraban que no tenían problemas con el juego, porque la encuesta era muy larga o porque querían ahorrar tiempo y acabar antes. Aún con todo, si eliminamos a las mujeres de la muestra penitenciaria, la prevalencia se sitúa en el 20,1%.

Si el juego patológico ha sido un problema que no se ha estudiado hasta hace muy poco tiempo, en prisión todavía lo ha sido menos². En una investigación realizada por Lahn (2005) entre delincuentes australianos, se encontró que el 34% de los participantes tenían algún tipo de problema con el juego. Curiosamente, muchos de los jugadores con problemas identificados referían que el juego no representaba en sus vidas un problema, a pesar de que algunos de ellos habían cometido delitos relacionados con los juegos de azar³.

En un estudio llevado a cabo en Nueva Zelanda en cárceles masculinas, la prevalencia de probables jugadores patológicos, un 23%, fue más parecida a la de esta tesis doctoral, a pesar de que la herramienta de cribado utilizada fue diferente (“Cuestionario de Juego Patológico de South Oaks”)⁴. Años antes, también utilizando este test, en una prisión de Nevada (EE.UU), Templer et al detectaron un 26% de probables ludópatas⁵.

La mayoría de los jugadores patológicos que ingresan en prisión son delincuentes no violentos y que han cometido delitos contra la propiedad^{6,7}, pero éstas dos circunstancias no se han podido comprobar en la muestra de presos aragonesa ($p=0,413$ y $0,391$ respectivamente).

Anecdóticamente, se ha observado una subcultura de los juegos de azar en las cárceles. El juego puede ocurrir como un pasatiempo para mitigar el aburrimiento, a

pesar de su prohibición dentro de la prisión. Pero este tipo de distracción suele ser difícil de detectar en este medio⁸.

Tabla II. CRIBADO de PROBLEMAS RELACIONADOS con el JUEGO (Cuestionario Breve de Juego Patológico) en CASOS/CONTROLES		
Categorías del CBJP	PRESOS (Casos)	MUESTRA de POBLACIÓN GENERAL (Controles)
Sin Problemas	78,2%	96,2%
Probable Jugador Patológico	21,8%	3,8%

El juego por placer, ocio u objetivos monetarios tiene miles de años de antigüedad y ha estado presente en casi todas las culturas. Babilonios, etruscos, egipcios, chinos, indios precolombinos, griegos y romanos tenían distintos juegos de azar. La búsqueda de la excitación, el ataque al aburrimiento han estado en la base del juego en todos los tiempos⁹.

Pese a la innegable significación económica de los juegos de suerte y azar en cuanto a generar empleo, atraer turismo y captar recursos destinados a la salud y otras necesidades de la sociedad, algunos investigadores cuestionan su impacto negativo sobre la salud de los individuos¹⁰. La amplitud del problema se refleja en que alcanza aproximadamente a cerca del 3% de la población¹¹, siendo para muchos expertos un problema que se puede prevenir¹². La prevalencia obtenida en esta tesis doctoral con el test de cribado entre la muestra de población general, es muy similar a la que apuntan otros investigadores (3,8%). Contrasta llamativamente con el porcentaje que se ha detectado entre los presos de las cárceles aragonesas (20,1%), lo cual resulta en una relación de 1:5. Las diferencias encontradas son estadísticamente significativas ($p < 0,001$).

España es el país de la Unión Europea que más dinero gasta por habitante en juego y uno de los primeros del mundo. El juego es una de las principales actividades

económicas del país. Según la Comisión Nacional del Juego, en el año 2007 el gasto en juegos de azar en nuestro país ascendió a casi 31 millones de euros, de los cuales un millón correspondían al gasto realizado por la Comunidad Autónoma de Aragón. En esta cantidad quedan excluidos el juego clandestino, los casinos ilegales, las timbas de cartas, las peleas con perros y otros animales, etc. Se incluye la lotería, la ONCE, los bingos y casinos y las máquinas tragaperras¹³. Estas últimas constituyen el juego de azar que más adictos provoca (un 75% de todos los casos de juego patológico). En 1999 había en España más de 300.000 máquinas tragaperras y, de hecho, los jugadores patológicos surgieron paralelamente a la expansión de este tipo de juego¹⁴.

En la encuesta realizada en Aragón por la Asociación Aragonesa de Jugadores de Azar en Rehabilitación (AZAJER) a una muestra de 500 personas mayores de 18 años, habitantes de la ciudad y residentes en cada una de las tres capitales de las provincias de la comunidad autónoma, utilizando como cuestionario diagnóstico una adaptación del South Oaks Gambling Screen (SOGS), el 90,8% eran jugadores sociales, el 6,6% posibles jugadores problemáticos, y un 2,6% son probables jugadores patológicos. Si se suman las dos últimas cifras, el 9,2% de la población está en la situación límite: en el eje de conexión entre el juego social y el juego patológico¹⁵.

La ludopatía es más frecuente en hombres que en mujeres, pero éstas son bastante más reacias a buscar ayuda profesional, quizás debido a la mayor estigmatización social. Los hombres manifiestan una preferencia por las máquinas recreativas, tienen frecuentemente un historial de abuso de alcohol o de conductas antisociales y muestran rasgos de impulsividad o de búsqueda de sensaciones. Las mujeres, por el contrario, se sienten más atraídas por los bingos y los estados emocionales negativos desempeñan un papel importante en el inicio de la conducta de juego¹⁶.

Estudios epidemiológicos recientes indican una tasa de prevalencia del juego patológico en niños y adolescentes superior a la de las personas adultas¹⁷.

Paralelamente, en los últimos tiempos se ha constatado un incremento progresivo de jóvenes menores de 18 años que demandan asistencia de los especialistas¹⁴.

El juego patológico, como ya se ha comentado extensamente en el análisis de las variables impulsividad y violencia de esta tesis, está muy relacionado con las conductas impulsivas¹⁸: el 26,7% de los presos impulsivos tenían un diagnóstico probable de jugador patológico, frente a un 14% en los no impulsivos ($p=0,015$).

Las ludopatías tienen efectos perversos en la vida de las personas con problemas de adicción al juego, como por ejemplo la depresión¹⁹ o el consumo de drogas²⁰. Otro de ellos es la mayor tasa de incidencia de alcoholismo entre los jugadores patológicos que las existentes en el total de la población²¹. Sin embargo, ésto no ha podido ser demostrado en la muestra de internos de la presente tesis doctoral ($p=0,527$); pero sí en la de los controles, donde el 12,7% eran ludópatas y alcohólicos al mismo tiempo ($p<0,001$).

Los juegos de azar y el consumo de alcohol tienen numerosos factores comunes. Los estudios de prevalencia realizados tanto en el ámbito anglosajón como español, y en la muestra poblacional de esta tesis, revelan una elevada comorbilidad entre ambos trastornos. La Universidad Pública de Navarra realizó un estudio formado por 949 personas con el diagnóstico de "Síndrome de dependencia alcohólica" que acudieron a un centro de salud mental al menos una vez durante los años 1995 y 1996 para recibir tratamiento por este trastorno. El 23,5% habían tenido a lo largo de su vida un problema con los juegos de azar²².

CONCLUSIONES

1. La prevalencia de juego patológico entre la población reclusa aragonesa, medida con el Cuestionario Breve de Juego Patológico, fue muy elevada y similar a las tasas encontradas en diferentes estudios.
2. No se pudo determinar la prevalencia de juego patológico entre las mujeres reclusas debido a la baja tasa de respuesta al test de cribado.
3. Muchos estudios indican que los ludópatas que ingresan en prisión no son violentos y que han cometido delitos contra la propiedad, pero en esta tesis no se ha podido comprobar.
4. La prevalencia de juego patológico en los presos resultó ser bastante más elevada que la encontrada en la muestra de población general.
5. Se pudo comprobar la relación entre la impulsividad y la ludopatía entre los presos de la Comunidad Autónoma de Aragón.
6. La asociación entre alcoholismo y juego patológico, puesta de manifiesto en otros trabajos, sólo ha podido ser corroborada en la muestra de la población general, pero no entre los presos.

BIBLIOGRAFÍA

¹ López-Ibor JJ, Valdés M (dir.) "DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado". Barcelona: Masson; 2002.

² Muñoz Y. Meta – análisis sobre el juego patológico 1997 – 2007. Rev Salud Pública 2008; 10 (1): 150 – 159.

³ Lahn J. Gambling among offenders: results from an Australian survey. Int J Offender Ther Comp Criminol 2005; 49 (3): 343 – 355.

⁴ Sullivan S, Brown R, Skinner B. Pathological and Sub-clinical Problem Gambling in a New Zealand Prison: A Comparison of the Eight and SOGS Gambling Screens. Int J Ment Health Addiction 2008; 6: 369 – 377.

⁵ Templer DI, Kaiser G, Siscoe K. Correlates of pathological gambling propensity in prison inmates. Compr Psychiatry 1993; 34 (5):347 – 351.

⁶ Rosenthal RJ, Lorenz VC. The pathological gambler as criminal offender. Comments on evaluation and treatment. Psychiatri Clin North Am 1992; 15 (3): 647 – 660.

⁷ Abbott M, McKenna BG. Gambling and problem gambling among recently sentenced male prisoners in four New Zealand prisons. Wellington, New Zealand: The Department of Internal Affairs; 2000.

- ⁸ Nixon G, Leigh G, Nowatzki N. Impacting attitudes towards gambling: A prison gambling awareness and prevention program. *JGI* 2006; 17.
- ⁹ González A. *Juego patológico: una nueva adicción*. Madrid: Canal de Comunicaciones; 1989.
- ¹⁰ Netemeyer RG, Burton S, Cole LK, Williamson DA, Zucker N, Bertman L et al. Characteristics and beliefs associated with probable pathological gambling: a pilot study with implications for the National Gambling Impact and Policy Commission. *Journal of Public Policy & Marketing* 1998; 17 (2): 147 – 160.
- ¹¹ Stucki S, Rihs – Middle M. Prevalence of adult problem and pathological gambling between 2000 and 2005: An update. *Journal of Gambling Studies* 2007; 23 (3): 245 – 257.
- ¹² Corp. DA, Shaffer HJ. Gambling and the health of the public: adopting a public health perspectiva. *Journal of Gambling Studies* 1999; 15 (4): 289 – 365.
- ¹³ Informe Anual del Juego en España 2007. Comisión Nacional del Juego. Ministerio del Interior. [En línea] [Fecha de consulta: 4 de enero de 2009]. Disponible en: http://www.mir.es/SGCAVT/juegosyespec/juego/memorias_de_juego/InformeAnualJuego2007.pdf
- ¹⁴ Becoña E. *La Ludopatía*. Madrid: Aguilar; 1996.
- ¹⁵ López – Jiménez A et al. Estudio Epidemiológico del Juego en Aragón. Asociación Aragonesa de Jugadores de Azar en Rehabilitación, 2004.
- ¹⁶ Linares MC, Santos P, Albiach C y Camacho I y Palau C. Diferencias de sexo en adictos a las máquinas tragaperras. *Adicciones* 2006; 18: 371 – 376.
- ¹⁷ Barnes MM, Welte JW, Hoffman JH, Tidwell MC. Gambling, alcohol, and other substance use among youth in the United States. *J Stud Alcohol Drugs* 2009; 70 (1): 134 – 142.
- ¹⁸ Sánchez E. *Juego Patológico: un trastorno emergente*. *Trastornos adictivos* 2003; 5 (2): 75 – 87.
- ¹⁹ Báez C, Echeburúa E, Fernández – Montalvo J. Variables predictoras de abandonos y recaídas en el tratamiento del juego patológico. *Análisis y Modificación de la Conducta* 1995; 21: 5 – 22.
- ²⁰ Lesieur HR, Heineman M. Pathological gambling among youthful multiple substance abusers in a therapeutic community. *British Journal of Addictions* 1988; 83: 765 – 771.
- ²¹ Morasco BJ, Pietrzak RH, Blanco C, Grant BF, Hasin D, Petra NM. Health problems and medical utilization associated with gambling disorders: results from the Nacional Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychosom Med* 2006; 68 (6): 976 – 984.
- ²² De Pablo J, Pollán M, Varo JR. Análisis de la comorbilidad entre el síndrome de dependencia del alcohol y ludopatía en pacientes en tratamiento en centros de salud mental. *Anales Sis San Navarra* 2002; 25 (1): 31 – 36.

Historial de Abusos



- Abuso Físico**
- Abuso Psíquico**
- Abuso Psicológico**
- Maltrato Infantil**
- Negligencia en el Cuidado**
- Maltrato Doméstico**

HISTORIAL de ABUSOS

En el DSM – IV TR¹, el apartado de los problemas relacionados con el abuso o la negligencia (*ABUSOS FÍSICOS O SEXUALES*) incluye categorías que deben utilizarse cuando el objeto de atención clínica es un maltrato grave de una persona por otra utilizando el abuso físico, el abuso sexual o la negligencia:

- Abuso físico del niño: el objeto de atención clínica es el abuso físico de un niño.
- Abuso sexual del niño: el objeto de atención clínica es el abuso sexual de un niño.
- Negligencia de la infancia: el objeto de atención clínica es el descuido de un niño.
- Abuso físico del adulto: el objeto de atención clínica es el abuso físico de un adulto (p. ej., dar una paliza al cónyuge, abusar de un progenitor anciano).
- Abuso sexual del adulto: el objeto de atención clínica es el abuso sexual de un adulto (p. ej., coacción sexual, violación).

El maltrato infantil es un fenómeno que surge con el hombre, por lo que es tan antiguo como la humanidad². Además, desde hace siglos ha sido consignado en la literatura, el arte y la ciencia en muchas partes del mundo³. Conceptos que generalmente eran admitidos, como el de que “el niño es propiedad absoluta de los padres”, y refranes tan conocidos como el de que “la letra con sangre entra”, son expresivos de esta situación tan extendida⁴.

Pero el maltrato o el abuso no sólo se produce en la infancia, la sufren también los adultos de cualquier edad y, especialmente, aquellos más desfavorecidos: ancianos^{5,6}, mujeres⁷, enfermos mentales⁸, personas afectadas de cualquier minusvalía⁹, etc.

Además, sobre la palestra se manifiestan otros tipos de maltrato, más allá del doméstico¹⁰, tan de moda actualmente y que son considerados variedades del abuso psicológico. En esta categoría se encontrarían el abuso social¹¹, el ambiental¹¹ o el económico¹², éste último muy frecuente en las personas mayores. También existe incluso el maltrato prenatal¹³, una variedad del infantil que se produce antes del nacimiento del niño.

Prácticamente dos tercios de la población recluida en las dos cárceles más grandes de la Comunidad Autónoma de Aragón había sufrido algún tipo de abuso durante su vida. El tipo más relatado fue el psíquico (63,3%).

Tabla I. HISTORIAL de ABUSOS por CENTRO PENITENCIARIO						
Categorías		C.P. DAROCA	C.P. ZUERA		Total Zuera	TOTAL Zuera + Daroca
			Hombres	Mujeres		
Algún tipo de Abuso		63,6%	63,4%	72,7%	65,9%	65,4%
Tipos de Abuso	Abuso Físico	29,5%	36%	63,9%	42,7%	39,7%
	Abuso Psíquico	52,3%	63,2%	76,3%	66,4%	63,3%
	Abuso Sexual	2,3%	5,4%	44,4%	15%	12,1%
Personas que han ejercido el Abuso	Padre	17,9%	19,2%	12,5%	17,3%	17,4%
	Madre	3,6%	10,3%	9,4%	10%	8,7%
	Hermano/a	3,6%	11,5%	9,4%	10,9%	9,4%
	Pareja	10,7%	17,9%	46,9%	26,4%	23,2%
	Hijo/s	--	1,3%	--	0,9%	0,7%
	Amigos íntimos	17,9%	12,8%	6,3%	10,9%	12,3%
	Vecinos	7,1%	6,4%	6,3%	6,4%	6,5%
	Compañeros de trabajo	7,1%	11,5%	6,3%	10%	9,4%
	Otro familiar	14,3%	6,4%	--	4,5%	6,5%
Otras personas	32,1%	30,8%	46,9%	35,5%	34,8%	
Frecuencia de Abuso Físico (pegar) en la Infancia	Nunca	25,5%	23,4%	44,4%	29,8%	28,8%
	En muy pocas ocasiones	39,2%	40,3%	31,5%	37,6%	38%
	Una vez al mes	7,8%	7,3%	9,3%	7,9%	7,9%
	Una vez por semana	11,8%	12,9%	7,4%	11,2%	11,4%
	Casi todos los días	15,7%	16,1%	7,4%	13,5%	14%
Con qué le pegaban	Mano	34,2%	38,7%	41,4%	39,3%	38,1%
	Zapatilla	7,9%	6,55	10,3%	7,4%	7,5%
	Vara o Correa	21,1%	11,8%	3,4%	9,8%	12,5%
	Cualquier objeto duro	--	6,5%	--	4,9%	3,8%
	Más de una	26,8%	26,4%	44,8%	38,5%	38,1%

TASA de NO RESPUESTAS						
		C.P. DAROCA	C.P. ZUERA		Total Zuera	TOTAL Zuera + Daroca
			Hombres	Mujeres		
Algún tipo de Abuso		15,4%	11%	26,7%	19,3%	11,7%
Tipos de Abuso	Abuso Físico	15,4%	10,2%	40%	19,8%	18,8%
	Abuso Psíquico	15,4%	10,2%	36,7%	18,7%	18%
	Abuso Sexual	17,3%	12,6%	40%	21,4%	20,5%

Se pudo demostrar en esta tesis doctoral que había diferencias por sexos en los distintos tipos de abusos: abuso físico ($p=0,001$), abuso psíquico ($p=0,063$) y abuso sexual ($p<0,001$).

Las personas que habían ejercido el abuso, por orden de frecuencia, fueron: otras personas (34,8%), en un porcentaje muy elevado y que resulta llamativo por que

no se especifica sobre la identidad del maltratador; la pareja (23,2%), lo cual es indicativo de violencia doméstica; y el padre (17,4%), que hace referencia a maltrato en la infancia.

Como viene siendo habitual en el análisis de casi todas las variables, las mujeres son las que tienen una tasa de no respuestas más alta, por lo que sus respuestas siempre deben interpretarse con cautela. Esta actitud, menos colaboradora en las preguntas más comprometidas que sus compañeros reclusos del sexo masculino, es muy probable que se deba en la mayoría de las ocasiones, a la vergüenza que sienten de reconocer ciertos hechos dolorosos acaecidos en sus vidas.

Al 14% de los presos les pegaban casi todos los días, fundamentalmente con la mano (38,1%).

Tabla II. HISTORIAL de ABUSOS en CASOS/CONTROLES			
Categorías		PRESOS (Casos=239)	MUESTRA de POBLACIÓN GENERAL (Controles=494)
Algún tipo de Abuso		65,4%	32,5%
Tipos de Abuso	Abuso Físico	39,7%	5,7%
	Abuso Psíquico	63,3%	31,1%
	Abuso Sexual	12,1%	4%
Personas que han ejercido el Abuso	Padre	17,4%	13%
	Madre	8,7%	6,1%
	Hermano/a	9,4%	12,2%
	Pareja	23,2%	16%
	Hijo/s	0,7%	0,8%
	Amigos íntimos	12,3%	7,6%
	Vecinos	6,5%	2,3%
	Compañeros de trabajo	9,4%	17,6%
	Otro familiar	6,5%	6,1%
	Otras personas	34,8%	45%
Frecuencia de Abuso Físico (pegar) en la Infancia	Nunca	28,8%	26,4%
	En muy pocas ocasiones	38%	62,4%
	Una vez al mes	7,9%	4,9%
	Una vez por semana	11,4%	4,2%
	Casi todos los días	14%	2,1%
Con qué le pegaban	Mano	38,1%	71,8%
	Zapatilla	7,5%	13,4%
	Vara o Correa	12,5%	2,6%
	Cualquier objeto duro	3,8%	0,6%
	Más de una	38,1%	11,6%

Tasa de No Respuesta en CONTROLES	
Algún tipo de Abuso	18,4%

Se encontró que los presos de Daroca y Zuera tenían una prevalencia de haber sufrido algún tipo de abuso el doble que la de la muestra de la población general. Esta diferencia resultó ser estadísticamente significativa, al igual que las encontradas en las frecuencias de los distintos tipos de abusos: en todos $p < 0,001$).

También el abuso psíquico, tal y como les sucedía a los presos, fue el más habitual entre la muestra de población general. Y la persona más implicada en haber producido el abuso, dejando a una parte la categoría "otras personas", fueron los compañeros de trabajo, en un porcentaje ligeramente superior al del hermano y el padre.

En cuanto a pegar en la infancia, los presos sufrían este abuso físico, en comparación con los controles, en la categoría casi todos los días en una relación de 7:1, siendo estadísticamente significativo ($p < 0,001$). Este abuso se ejercía fundamentalmente con la mano, en el total de los sujetos participantes en la investigación pero, mucho más, en la muestra de población general.

Las estadísticas oficiales a menudo revelan poco acerca de las características del maltrato de menores, además varían considerablemente. En una encuesta efectuada en 1995 en los Estados Unidos, se preguntó a los padres cómo castigaban a sus hijos¹⁴. Se obtuvo una tasa de maltrato físico similar a la encontrada en los controles de esta tesis doctoral, de 49 por 1.000 niños (5%), cuando se incluyeron los siguientes comportamientos: golpear al niño con un objeto en un sitio que no eran las nalgas, patearlo, vapulearlo, y amenazarlo con un cuchillo o arma de fuego.

Según el "Departamento de Salud y Servicios Humanos" de los Estados Unidos, cada año 3 millones de niños acuden a asociaciones locales de protección infantil como posibles víctimas de abuso sexual, físico o emocional. Un 25% de estos niños sufrió abuso físico. Las investigaciones existentes indican que en muchos otros países las tasas pueden, incluso, ser superiores¹⁵.

Ann L. Coker, doctora de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Texas y autora principal de una investigación publicada en "American Journal of Preventive Medicine" estimó la frecuencia de casos de violencia (física, sexual o psicológica) de uno de los miembros de la pareja hacia el otro y los asoció con las consecuencias que originan en la salud mental y física de hombres y mujeres.

El 28,9% de las mujeres y el 22,9% de los hombres habían experimentado actos de violencia física, sexual o psicológica a lo largo de su vida. Las mujeres fueron significativamente más propensas que los hombres a sufrir abusos sexuales o físicos y de poder y control. Aproximadamente el 14% de las mujeres y casi el 18% de los hombres experimentaron únicamente abuso psicológico durante su vida. Aunque cuando esta forma de violencia se daba junto con otras, las cifras se elevaban al 50% de las mujeres y al 78% de los hombres¹⁶.

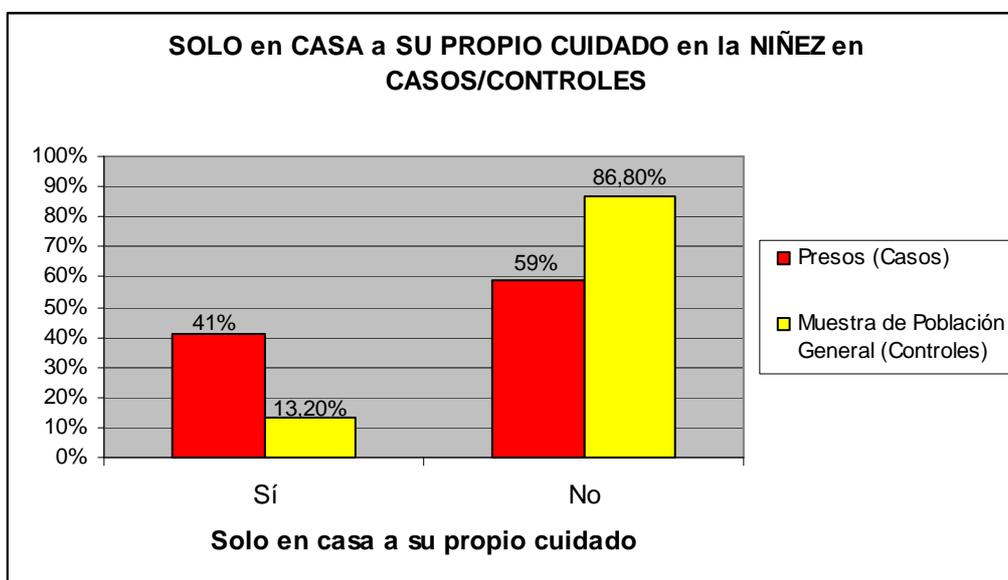
Muchos padres negligentes han nacido en familias deficitarias que les han transmitido pocas conductas de cuidado y crianza de los hijos. Un subgrupo de estos padres es además adicto a drogas o alcohol. Se considera que ocurre un trato negligente grave en el 28% de las familias con padre alcohólico y en el 32% si el padre es adicto a drogas¹⁷.

El consumo de alcohol y drogas son motivo de mayor vulnerabilidad ante la violencia física, emocional o sexual. A su vez, estas sustancias se relacionan con el hecho de haber sido maltrato en la infancia¹⁵.

A finales de la década de los noventa las investigaciones empíricas ya empezaban a demostrar que el abuso emocional podía tener un efecto profundo sobre el desarrollo psicológico de los niños¹⁸.

Ciento noventa y seis estudiantes postgraduados, de edades entre los 20 y los 45 años, contestaron varios cuestionarios (de abuso emocional en la infancia, actitudes de los padres, de sintomatología psicopatológica, de autoestima y de mecanismos de defensa). Los resultados indicaron que la sintomatología

psicopatológica era muy superior a la media de Israel. Un modelo de regresión dio una explicación estadísticamente significativa (52%) con la variable de sintomatología psicopatológica. Según el modelo, el abuso emocional en la infancia y las percepciones de control y de falta de cuidados a los hijos por parte de los padres, tenían un efecto indirecto sobre la psicopatología. Esta fue propiciada por las defensas inmaduras y la baja autoestima. Se llegó a la conclusión de que las manifestaciones psicopatológicas entre los adultos que sufrieron abuso emocional en la infancia están producidas por el efecto perjudicial del abuso en la personalidad, y toma la forma de defensas de organización inmaduras y de autoimagen dañada¹⁹.

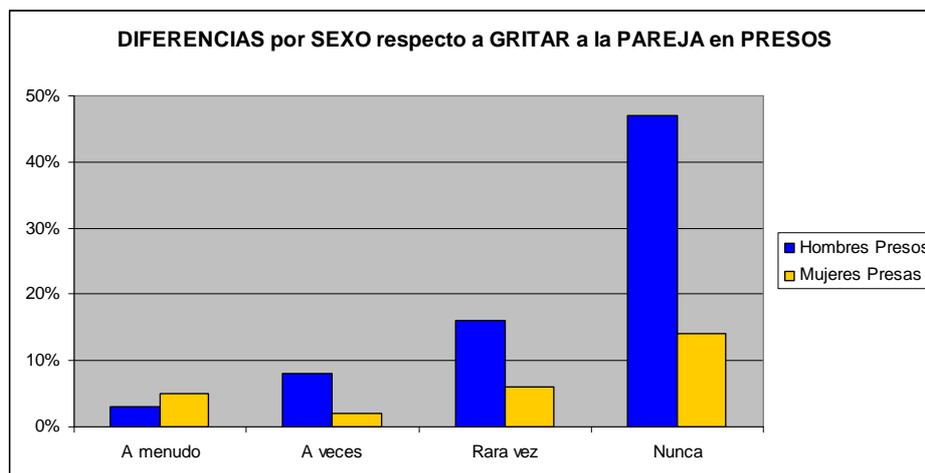


Al analizar el factor “negligencia” entre los presos de Daroca y Zuera y la muestra de la población general, se descubrió que más de un 40% de los presos había sido dejado en casa solo a su propio cuidado durante su niñez, frente al 13,2% de los controles. Las diferencias observadas fueron estadísticamente significativas ($p < 0,001$).

Para terminar este apartado se va a comentar brevemente el maltrato hacia la mujer.

El Proyecto ACTIVA (Estudio Multicéntrico sobre Actitudes y Normas Culturales frente a la Violencia) fue coordinado por la Organización Panamericana de la Salud y realizado en siete ciudades de América Latina y en Madrid²⁰.

Este estudio evaluó, por un lado, la relación entre los factores normativos, actitudinales y ambientales; y por el otro, la prevalencia de conductas violentas hacia la pareja, los niños y las personas ajenas a la familia. Los datos obtenidos dieron cuenta de que los comportamientos muy agresivos fueron menos frecuentes que los menos agresivos, por ejemplo, la agresión física menos frecuente que la agresión verbal²¹. Estos mismos resultados se obtuvieron en la presente tesis doctoral, donde “gritar con rabia” tuvo un porcentaje mayor que “dar una bofetada o pegar”, sin embargo, las diferencias entre casos y controles fueron estadísticamente significativas con las agresiones más violentas (bofetada y pegar con un objeto “ $p < 0,001$ ”), pero no con las menos (gritar con rabia “ $p = 0,609$ ”).



Lo que sí pudo demostrarse es que había diferencias por sexo respecto a gritar con rabia entre los presos ($p=0,008$): casi un 5% de las mujeres reclusas lo hacían, mientras que los hombres sólo gritaban en un escaso 3%.

CONCLUSIONES

1. La muestra de mujeres fue la que presentó más historial de abusos.
2. Prácticamente la mitad de las reclusas habían sufrido abusos sexuales.
3. Los resultados anteriores se deben interpretar con cautela porque las mujeres fueron las que menos respondieron a las preguntas del historial de abusos.
4. La mayoría de las personas maltratadas encarceladas no reconocieron la identidad del agresor. Cuando sí lo hacían señalaban a la pareja (violencia doméstica) y al padre (maltrato infantil).
5. A una proporción importante de presos, en su infancia les pegaban casi todos los días.
6. Se pudo comprobar que los reclusos de las cárceles aragonesas habían sufrido abusos de los tres tipos estudiados, en mayor número que la muestra control. Las diferencias en número eran mayores para el abuso físico.
7. Las cifras de maltrato físico obtenidas entre los controles son similares a las de otras investigaciones.
8. Respecto a la negligencia de los padres en el cuidado de sus hijos, muchos presos habían sido abandonados a su propio cuidado cuando eran niños, al compararlos con los controles.
9. Coincidiendo con lo apuntado por otros investigadores, la agresión física (pegar una bofetada) fue menos frecuente que la verbal (gritar con rabia) en todos los sujetos de esta tesis doctoral.
10. Se demostró que los casos habían cometido agresiones más violentas que los controles.
11. Las presas gritaban con rabia con más frecuencia, mientras que los presos empleaban más la violencia física.

BIBLIOGRAFÍA

¹ López-Ibor JJ, Valdés M (dir.) "DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado". Barcelona: Masson; 2002.

² Loredo AA. Maltrato al menor. México D.F: Interamericana McGraw – Hill: 1994.

³ Ten Bensel RW, Rheinberger MM, Radbill SX. Children in a world of violence: the roots of child maltreatment. Helfer ME, Kempe RS, Krugman RD, eds. The battered child. Chicago, IL, University of Chicago Press, 1997: 3 – 28.

⁴ Casado J, Díaz JA, Martínez – González C. Niños maltratados. Madrid: Díaz de Santos: 1997.

- ⁵ Cooper C, Selwood A, Blanchard M, Walker Z, Blizard R, Livingston G. Abuse of people with dementia by family carers: representative cross sectional survey. *BMJ* 2009; 22; 338: 155.
- ⁶ Cooper C, Selwood A, Livingston G. The prevalence of elder abuse and neglect: a systematic review. *Age Ageing* 2008; 37 (2): 151 – 60. Review
- ⁷ Gunter J. Intimate partner violence. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2007; 34 (3): 367 – 388. Review.
- ⁸ Maniglio R. Severe mental illness and criminal victimization: a systematic review. *Acta Psychiatr Scand* 2009; 119 (3): 180 – 191. Review.
- ⁹ Copel LC. Partner abuse in physically disabled women: a proposed model for understanding intimate partner violence. *Perspect Psychiatr Care* 2006; 42 (2): 114 – 129.
- ¹⁰ Rodríguez Franco L, López-Cepero J, Rodríguez Díaz FJ. Domestic violence: A bibliographic and bibliometric review. *Psicothema* 2009; 21 (2): 248 – 254.
- ¹¹ Carrasco JJ, Maza JM. *Manual de Psiquiatría Legal y Forense* 2ª edición. Madrid: La Ley; 2003.
- ¹² Abuse of the elderly. World Health Organization 2002. [En línea] [Fecha de consulta: 20 de marzo de 2009]. Disponible en:
http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/factsheets/en/elderabusefacts.pdf
- ¹³ Cook J, Bewley S. Acknowledging a persistent truth: domestic violence in pregnancy. *J R Soc Med* 2008;101 (7): 358 – 363. Review.
- ¹⁴ Straus MA et al. Identification of child maltreatment with the Parent – Child Conflict Tactics Scales: development and psychometric data for a national sample of American parents. *Child Abuse & Neglect* 1998; 22: 249 – 270.
- ¹⁵ Informe mundial sobre la violencia y la salud 2003. Publicado en español por la Organización Panamericana de la Salud para la OMS, Washington, D.C.
- ¹⁶ Cocker AL, Davis KE, Arias I, Desai S, Sanderson M, Brandt HM, Smith PH. Physical and mental health effects of intimate partner violence for men and women. *Am J Prev Med* 2002; 23 (4): 260 – 8.
- ¹⁷ Díaz JA, Casado J, García – García E, Ruiz MA, Esteban J. Atención al maltrato infantil desde salud mental. Instituto Madrileño del Menor y la Familia, Consejería de Servicios Sociales; 2001.
- ¹⁸ Thompson AE, Kaplan CA. Childhood emocional abuse. *Br J Psychiatry* 1996; 168 (2): 143 – 148.

¹⁹ Finzi – Dotan R, Kart T. From emotional abuse in childhood to psychopathology in adulthood: a path mediated by immature defense mechanisms and self – esteem. *The Journal of nervous and mental disease* 2006; 194 (8): 616 – 621.

²⁰ Cruz JM. Victimization by urban violence: incidence and associated factors in cities in Latin America and Spain. *Rev Panam Salud Publica* 1999;5 (4 – 5): 259 – 267. Review.

²¹ Moreno F. Authoritarian attitudes and violence in Madrid. *Rev Panam Salud Publica* 1999; 5 (4 – 5): 286 – 294.



TATUAJES

En medicina se define a los tatuajes como las manchas producidas por sustancias coloreadas no reabsorbibles y no solubles introducidas por vía transepidérmica, donde quedan fijadas a la dermis por un tiempo indefinido.

Para Salillas (1908)¹ el tatuaje es toda marca, generalmente de índole emblemática hecha con determinado objeto y con caracteres imborrables en la piel del individuo vivo.

Tabla I. PRESOS con TATUAJES y TIPOS por CENTRO PENITENCIARIO

Categorías	C.P. DAROCA	C.P. ZUERA		Total Zuera	TOTAL Zuera + Daroca	
		Hombres	Mujeres			
Tatuajes	73,5%	64%	74,4%	66,7%	68,3%	
Tipos de Tatuajes	Desafiantes al orden establecido	30,6%	18,5%	12,5%	16,7%	21,1%
	Pacíficos	25%	36,8%	20,8%	32,1%	29,9%
	Motivos místicos	22,2%	24,6%	--	17,3%	18,8%
	Nombre entero o iniciales	60%	62,9%	48%	58,6%	59%
	Agresivos	41,7%	42,9%	4%	30,9%	34,2%
	Afectivos	47,2%	45,6%	33,3%	41,7%	43,3%
	Sexuales	13,9%	14,8%	4,2%	11,5%	12,3%
	Otros tatuajes	61,1%	52,5%	57,7%	54%	56,1%
Más de uno	61,1%	57,8%	27,6%	49%	55,2 %	

Tasas de No Respuesta

<10%

12,6%

35%

19,8%

16,7%

Se puede afirmar que el tatuaje es tan antiguo como el género humano. Los ejemplos más antiguos de tatuajes descubiertos en la actualidad corresponden a una momia hallada en 1991 dentro de un glaciar, donde se encontró un cazador del neolítico de hacía 5300 años con la espalda y las rodillas tatuadas².

Desde tiempos inmemoriales, esta práctica ha estado relacionada con lo marginal, como arte de minorías y como lenguaje criminal. Los presos fueron unos de los primeros grupos que usaron los tatuajes para diferenciarse del resto de la sociedad, ya sea como señal de rebeldía o como símbolos de pactos entre logias carcelarias¹. En lo más profundo de las celdas se cierne un sistema iconográfico que determina pautas, valores y conductas, propias de un mundo violento y en oscuridad. En este medio, la práctica del tatuaje pone al descubierto un submundo de significados ocultos³.

La muestra de población penitenciaria aragonesa mostró una prevalencia de tatuaje de casi el 70%. En un estudio realizado en un centro penitenciario provincial del noroeste español entre los años 1991 y 1995, que recogía diversas variables socio – demográficas, penitenciarias y factores de riesgo para VIH, se midió también el porcentaje de internos que ingresaban con algún tatuaje en la prisión, que fue de un 45%⁴. Este resultado es inferior al encontrado en esta tesis, quizás porque en los años 90 la práctica del tatuaje no era tan popular como en el momento actual. Por otra parte, los resultados hallados en prisión hay que interpretarlos con cautela ya que, por ejemplo, la tasa de no respuesta de esta pregunta entre las mujeres presas fue del 35%.

Sin embargo, en una investigación llevada a cabo recientemente por Hellard et al. (2007) en un reclusorio de Victoria (Australia), se obtuvieron cifras del 69,9% de tatuajes sobre seiscientos cuarenta y dos presos participantes⁵. Los tatuajes pueden servir en el ámbito forense como una forma de identificación personal, de suministro de pruebas en la afiliación de pandillas, para referenciar el historial de encarcelamiento, las conductas de riesgo, así como el abuso de drogas⁶.

El trabajo de Hellard et al. comentado anteriormente, también da constancia de que los presos con una historia abuso de drogas inyectadas tienen más posibilidades de tener un tatuaje y de haberlo adquirido en la cárcel (OR 3,0; IC: 1,7 – 5,4). Entre los reclusos aragoneses tatuados, el 20,8% estaban tomando drogas actualmente, sin que se pudiera especificar el tipo de droga y la forma de consumo. Pero no había relación estadísticamente significativa entre estar o no tatuado y ser consumidor actual de drogas (p=0,58).

El 66,4% de los internos de los Centros Penitenciarios de Zuera y Daroca con tatuajes permanentes habían cometido delitos violentos, siendo las diferencias con los que cometieron delitos violentos pero no estaban tatuados, estadísticamente significativas (p<0,001). La relación entre estar tatuado y llevar a cabo actos delictivos violentos resulta difícil de demostrar, pero en un trabajo de investigación realizado por

Roberts y Ryan (1995 – 1996) en 6.072 adolescentes estadounidenses (el 4,5% tatuados permanentemente), se comprobó mediante regresión logística que los tatuajes se asociaban significativamente con las conductas violentas, el abuso de sustancias, los problemas en la escuela y las relaciones sexuales de riesgo⁷.

Salillas (1908) llevó a cabo un exhaustivo estudio sobre los tatuajes de los centros penitenciarios españoles en relación con el ambiente marginal y de exclusión social de las poblaciones de dichas instituciones. Las partes preferidas del cuerpo son los brazos, en primer lugar y el torso, en segundo lugar. Los motivos religiosos predominaban en presos por delitos de agresión personal y los motivos emocionales en presos por delitos de robo. Suele abundar la presencia de iniciales y ello tiene que ver con las relaciones sociales y la historia social personal de cada individuo. La práctica del tatuaje en las prisiones respondería a una motivación más imitativa que ritualista y sagrada, ya que muchos de los presidiarios se tatúan “porque los demás lo hacen, por no ser menos, porque es costumbre”. A veces es impuesto por el grupo. Así, cuanto más tatuado está un prisionero significa que está más avizado en la práctica del crimen y se distingue más entre los compañeros, donde siempre existe el exhibicionismo en la ostentación de un tatuaje¹.

Los temas más comunes de tatuaje descubiertos en los presos de Zuera y Daroca son los compuestos por el nombre entero o iniciales (59%), otros tipos sin especificar, los afectivos y los agresivos.

Mientras que para reafirmar su identidad, muchos presos eligen tatuarse su nombre entero o sus iniciales, también existen los tatuajes afectivos. Así como los griegos creían que el corazón era el lugar donde los hombres guardaban sus amores y pasiones; los presos imprimen sobre su pecho, el nombre de la mujer amada, como signo de consolidación del vínculo¹.

Los motivos místicos, por ejemplo, son imágenes de santos y vírgenes, cruces o figuras de Cristo y del diablo. Generalmente, este tipo de tatuajes es muy común en los presos acusados por violación⁸.

Los tatuajes agresivos, representados con dibujos de aves de rapiña, espadas, animales feroces y puñales, se ven con mucha frecuencia. Mediante estas figuras, los presos intentan poner en evidencia su rudeza, muchas veces con el fin de obtener un escalafón superior dentro del rango otorgado por los internos¹.

Para muchos reclusos, la piel es el terreno más apropiado para volcar sus fantasías amorosas. Según el análisis de los médicos, este tipo de tatuajes se ubican siempre en las piernas o la pelvis y representan "la apetencia y necesidad del interno, de tener relaciones sexuales"⁸.

Los tatuajes eróticos, generalmente se grafican con la figura de una mujer desnuda; es "la chica de los presos", de formas exuberantes y curvas peligrosamente seductoras⁸.

Tabla II. TATUAJES y TIPOS en CASOS/CONTROLES			
Categorías		PRESOS (Casos=239)	MUESTRA de POBLACIÓN GENERAL (Controles=494)
Tatuajes		68,3%	8,5%
Tipos de Tatuajes	Desafiantes al orden establecido	21,1%	17,9%
	Pacíficos	29,9%	35,7%
	Motivos místicos	18,8%	3,4%
	Nombre entero o iniciales	59%	18,5%
	Agresivos	34,2%	3,6%
	Afectivos	43,3%	3,6%
	Sexuales	12,3%	6,9%
	Otros tatuajes	56,1%	51,5%
	Más de uno	55,2 %	32,3%

Tasa de No Respuesta en Controles
 19,2%

La moda del tatuaje fue reintroducida en la sociedad occidental por los expedicionarios ingleses dirigidos por el Capitán Cook en su vuelta de Tahití en 1771. Esto explica la natural asociación que ha prevalecido hasta nuestros días entre los tatuajes y los marineros. La asociación entre tatuajes y delincuencia provino también de aquí, los marineros, gente que a menudo se embarcaba durante largos periodos de tiempo para evitar a la justicia, fue fomentando esta asociación. Los tatuajes permanecieron en letargo hasta que resurgieron con los hippies en los años 60 y 70,

quienes los elevaron a la categoría de arte. Esto hizo salir el tatuaje de los puertos y empezó una primera popularización del mismo⁸.

Ya en nuestros días, estos hippies son oficinistas, maestros y directivos, pero en su piel perdura la marca de su juventud, lo que ha contribuido a la gran popularización del tatuaje, desligándolo totalmente de marineros y delincuentes. Las cifras al alza de prevalencia de tatuajes en la población general confirman la extensión de esta práctica. En 1990 el 16% de los adultos estadounidenses, es decir, 45 millones de personas estaba tatuado⁹. En el año 2006 la prevalencia ascendió al 24% de la población, siendo igual de frecuente en ambos sexos. Además, se asocia a la falta de afiliación religiosa, la estancia en la cárcel y el abuso de alcohol y/o drogas¹⁰. La muestra de población general de esta tesis doctoral se tatúa una tercera parte que los norteamericanos (8,5%). A lo mejor es debido a que la moda todavía no ha alcanzado aquí su cenit.

La comparación de los resultados de prevalencia de tatuajes obtenidos entre la población penitenciaria y la general, en una relación de 8:1, es estadísticamente significativa ($p < 0,001$). Además, dejando a un lado los otros tipos sin especificar, entre los controles predominan los tatuajes con motivos pacíficos (35,7%).

CONCLUSIONES

1. La prevalencia de tatuajes entre la población reclusa aragonesa, fue muy elevada y coincide con las tasas encontradas en algunos estudios.
2. Los tipos de tatuajes referidos por los internos de Zuera y Daroca son los habituales entre los colectivos carcelarios.
3. No se pudo demostrar que los presos tatuados tengan tasas más altas de consumo actual de drogas comparados con los que no llevan tatuajes.
4. Sin embargo, sí se pudo determinar que los reclusos con tatuajes habían cometido delitos violentos en mayor medida que los no tatuados.
5. La muestra de población general presentaba una prevalencia de tatuajes muy inferior a la de los presos de las cárceles de la Comunidad Autónoma de Aragón, y también menor, aunque no tanto, a la descubierta en otras poblaciones.

BIBLIOGRAFÍA

- ¹ Salillas R. El tatuaje en su evolución histórica, en sus diferentes caracterizaciones antiguas y actuales y en los delincuentes franceses, italianos y españoles. Madrid: Eduardo Arias, 1908.
- ² Mayers L, Judelson D, Moriarty B, Rundell K. Prevalence of body art (body piercing and tattooing) in university undergraduates and incidence of medical complications. *Mayo Clin Proc* 2002; 77: 29 – 34.
- ³ Ganter R. De cuerpos, tatuajes y culturas juveniles. *Espacio abierto* 2006; 15 (1 – 2): 427 – 453.
- ⁴ Martín Sánchez V, Caylá Buqueras JA, González Morís ML, Herrero Alonso LE, Vicente Pérez R. Evolución de la prevalencia de infección por virus de la inmunodeficiencia humana en población reclusa al ingreso en prisión durante el periodo 1991 – 1995. *Rev Esp Salud Pública* 1997; 71: 269 – 280.
- ⁵ Hellard ME, Aitken CK, Hocking JS. Tattooing in prisons--not such a pretty picture. *Am J Infect Control* 2007; 35(7):477-80.
- ⁶ Komar D, Lathrop S. Tatto types and frequencies in new mexican white hispanics and white non – hispanics: autopsy data from homicidal and accidental deaths, 2002 – 2005. *Am J Forensic Med Pathol.* 2008; 29(4): 285 – 289.
- ⁷ Roberts TA, Ryan SA. Tattooing and high – risk behavior in adolescents. *Pediatrics* 2002; 110 (6): 1058 – 63.
- ⁸ Donángelo K. Mi tatuaje mi condena. *Revista Digital de cultura e historia “Sitio al margen”*. [Accedido el 28 octubre de 2008]. Disponible en: <http://www.almargen.com.ar/sitio/seccion/actualidad/tatuaje/index.html>
- ⁹ Carvallo del Rey et al. Aspectos clínicos y terapéuticos de los tatuajes. *Actas Dermo – Sif* 1990; 81: 479 – 84.
- ¹⁰ Laumann AE, Derick AJ. Tattoos and body piercings in the United States: a national data set. *J Am Acad Dermatol.* 2006 Sep;55(3):413-21. Epub 2006 Jun 16.



ESTRUCTURA FAMILIAR en la INFANCIA

La influencia de la estructura familiar sobre la delincuencia constituye uno de los temas de estudio predilectos de la criminología.

La familia es considerada el principal agente de socialización puesto que, por regla general, el individuo convive con sus padres durante los primeros años de vida y, en consecuencia, recibe de ellos su educación elemental. Dada la importancia de esta primera formación, se puede decir que la influencia familiar suele hacerse sentir, con mayor o menor intensidad, durante toda la vida del ser humano. Por este motivo se ha afirmado que la familia es “la institución esencial a través de la cual se asegura la reproducción de las relaciones sociales”¹.

Tabla I. ESTRUCTURA FAMILIAR en la INFANCIA por CENTRO PENITENCIARIO

Categorías	C.P. DAROCA	C.P. ZUERA		Total Zuera	TOTAL Zuera + Daroca
		Hombres	Mujeres		
Familia Extensa (ej: familias gitanas)	27,5%	27,5%	27,8%	27,6%	27,6%
Familia Nuclear	60,8%	60,9%	59,3%	60,3%	60,4%
Familia Monoparental	5,9%	10%	13%	10,9%	9,8%
Familia Reconstituida	5,9%	1,7%	--	1,1%	2,2%

Aunque la familia de tipo “nuclear” fue la más común entre la población penitenciaria, la familia “extensa”, con casi un 30% de frecuencia, apareció como un tipo de estructura familiar muy común entre los reclusos. Indirectamente esta variable revela la presencia de un porcentaje importante de presos de etnia gitana en las cárceles aragonesas.

La familia “monoparental”, prácticamente con un 10%, ocupó el tercer lugar. Y la familia “reconstituida” apenas tuvo una presencia testimonial (2,2%).

Tabla II. ESTRUCTURA FAMILIAR en CASOS/CONTROLES

Categorías	PRESOS (Casos=239)	MUESTRA de POBLACIÓN GENERAL (Controles=494)
Familia Extensa	27,6%	10,9%
Familia Nuclear	60,4%	84,2%
Familia Monoparental	9,8%	3,4%
Familia Reconstituida	2,2%	1,5%

Entre los controles, al igual que sucede en los presos, la familia “nuclear” fue la estructura familiar más común, incluso con mayor porcentaje, porque la familia “extensa” no tuvo un protagonismo tan grande como en la población penitenciaria. De esto se desprende que el número de personas de etnia gitana en la muestra de población general fue mucho menos frecuente que entre los reclusos. La familia “monoparental” y la “reconstituida” también tuvieron una representatividad menor entre los controles. Las diferencias encontradas entre las dos muestras, para todos los resultados, fueron estadísticamente significativas ($p < 0.001$).

El tipo de estructura familiar en la infancia y su inestabilidad durante este periodo, se ha relacionado en la literatura científica con diversas circunstancias en la edad adulta: abuso de drogas^{2,3}, delincuencia⁴, trastornos psicológicos⁵ y trastornos de la personalidad⁶ entre otras.

En una investigación llevada a cabo por Doherty et al. (2007) sobre los modelos de uso a largo plazo de drogas entre una cohorte urbana afroamericana, se encontró, únicamente en mujeres, que la falta de cohesión familiar durante la infancia tenía que ver directamente con el inicio en el consumo de marihuana. También se puso de manifiesto que la falta de reglas disciplinarias de los padres sobre el uso de drogas estaba íntimamente relacionada con el inicio en el consumo de cocaína y heroína⁷.

En esta tesis ha sido imposible demostrar esta asociación, aun intentando cruzar variables de significados parecidos, por ejemplo: “consumo actual de drogas” por “dejado solo en casa a menudo a su propio cuidado durante su niñez” o “consumo actual de drogas” por estructura familiar “monoparental” (entendiéndola como de menor cohesión): $p > 0.05$ en todos los casos.

Menard et al. (2004) consideraron como una de las causas relacionadas con el maltrato infantil la falta de una estructura familiar de tipo nuclear durante la niñez⁸.

Muchos autores han defendido que la inestabilidad familiar durante la infancia predispone a la delincuencia juvenil. Sauvola et al. (2002) analizaron el

comportamiento violento de una cohorte poblacional de nacimiento compuesta por 5589 hombres, con información precisa sobre todos los delitos que habían cometido hasta los 32 años de edad. Un análisis de regresión logística comprobó que la existencia de un único progenitor en el momento del nacimiento y durante la infancia (hasta los 14 años de edad) eran factores de riesgo para cometer delitos violentos por parte de los descendientes adultos varones. Por otro lado, también la muerte de los padres o el divorcio de los mismos, duplicó el riesgo de violencia. Los delitos no violentos únicamente se asociaron a estas dos últimas circunstancias⁹.

En los individuos de esta tesis doctoral que provenían de familias monoparentales, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a tener problemas con la justicia o en la comisión de delitos violentos ($p < 0,001$ en ambas circunstancias) y ser caso o control.

Sin embargo, las opiniones no son unánimes. En un estudio descriptivo realizado en una penitenciaría estatal de Brasil en 35 presos, hubo pocos casos en los que la falta de estructura familiar pudiera considerarse como la causa de las actividades delictivas que les habían llevado a la cárcel. Lo que sí se encontró en la gran mayoría fueron infancias y adolescencias difíciles por razones económicas¹⁰.

Mäki et al. (2003) analizaron una cohorte de casi 3000 individuos nacidos entre 1945 y 1965 y que habían sido separados de sus padres inmediatamente después del nacimiento por un problema de tuberculosis en sus hogares de origen durante un periodo medio de siete meses. Aunque se detectaron más delitos violentos y reincidencia de éstos delitos entre los hombres de la cohorte índice comparada con la de referencia, y más delitos no violentos entre las mujeres (porque la comisión de delitos violentos por parte de éstas fue muy rara), las diferencias entre ambas cohortes fueron más bien modestas. Se concluyó que la separación temprana de los padres podía tener una influencia, aunque limitada, en la delincuencia de los descendientes¹¹.

En cuanto a las consecuencias del abandono emocional de los niños, se ha sugerido que tiene relación con los trastornos psicológicos en la edad adulta y, que

además, existen diferencias en cuanto al género del cuidador que comete negligencia contra el menor. Wark et al. (2003) pusieron de manifiesto en un grupo de 69 mujeres y 22 varones estudiantes que aquellos que provenían de familias monoparentales y que habían sido abandonados emocionalmente por un cuidador primario femenino (madre) tenían más trastornos psicológicos actuales que los que los que no habían sido abandonados o habían sufrido descuidos por parte de un cuidador primario masculino (padre)¹².

En esta tesis doctoral no se pudo comprobar por poco ($p=0,067$) que existían diferencias entre los casos y los controles en la relación de la variable provenir de una familia monoparental y la de tener antecedentes psiquiátricos personales.

Algunas investigaciones han referido la asociación entre la estructura de la familia durante la infancia y los trastornos de la personalidad. Concretamente, Kantojärvi et al. (2008) examinó a 1588 adultos jóvenes finlandeses nacidos en 1966 a través de la Entrevista Clínica Estructurada para el DSM – III – R y encontró que el 7% de ellos tenía un trastorno de la personalidad, probable o definitivo. Tras ajustar los datos por las posibles variables de confusión (sexo, clase social y trastorno psiquiátrico de los padres con la patria potestad) los resultados indicaron que el provenir de una familia monoparental se relacionó con padecer un trastorno de la personalidad del grupo B en la edad adulta. Si el niño era hijo único, la relación fue con el trastorno de personalidad del grupo A. Para el grupo C no hubo ningún tipo de asociación¹³.

Los presos de las cárceles aragonesas y que provenían de familias monoparentales, tenían una probabilidad mayor de padecer un trastorno de la personalidad del grupo A ($p=0,034$) en comparación con la muestra de población general, aunque para demostrar esta asociación no se realizaron ajustes por ninguna variable de confusión. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas para los grupos B y C ($p=0,263$ y $0,920$, respectivamente).

CONCLUSIONES

1. La familia “nuclear” fue la estructura familiar más común en la infancia de los individuos de ambas muestras, especialmente entre los controles.
2. La familia “extensa” representó un papel importante durante la niñez de una parte considerable de los presos, lo cual indica que muchos de ellos eran de etnia gitana.
3. Para muchos autores, aunque no para todos, la estructura familiar en la infancia se relaciona en la edad adulta con el abuso de drogas, la delincuencia, los trastornos psicológicos y los trastornos de la personalidad.
4. No se pudo determinar la asociación entre el consumo actual de drogas y la estructura familiar en la infancia en la población carcelaria.
5. Esta tesis corroboró que los presos que provenían de familias monoparentales durante la niñez poseían mayor probabilidad de tener problemas con la justicia y de cometer delitos violentos que la muestra de la población general.
6. Casi se llegó a demostrar que había diferencias entre los presos y los controles en relación a provenir de una familia monoparental y tener antecedentes psiquiátricos personales.
7. Los presos aragoneses que provenían de familias monoparentales tenían mayor probabilidad de padecer un trastorno de la personalidad del grupo A al compararlos con la muestra de la población general.

BIBLIOGRAFÍA

¹ Ferreol G, Noreck JP. Introduction á la sociologie, 3ª ed. Paris: A. Colin; 193.

² Guo J, Hill KG, Hawkins JD, Catalana RF, Abbott RD. A developmental analysis of sociodemographic, family, and peer effects on adolescent illicit drug initiation. *J Am Acad Child Psy.* 2002; 41: 838 – 845.

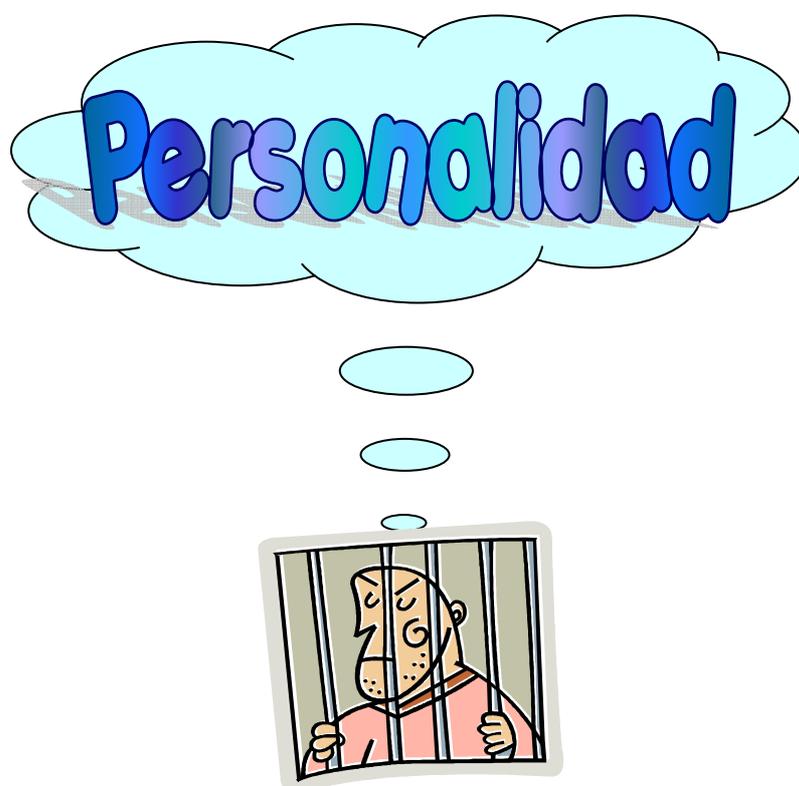
³ Ary DV, Duncan TE, Biglan A, et al. Development of adolescent problem behavior. *J Abnorm Child Psych.* 1999; 27: 141 – 150.

⁴ Aebi MF. Famille dissociée et criminalité: le cas Suisse. *Kriminologisches Bulletin de Criminologie* 1997; 23(1): 53 – 80.

⁵ Matlack ME, McGreevy MS, Rouse RE, Flatter C, Marcus RF. Family correlates of social skill deficits in incarcerated and nonincarcerated adolescents. *Adolescence* 1994; 29 (113): 117 – 132.

⁶ Millon T. *Personality Disorders in modern life.* John Wiley and Sons, 2004. Second edition.

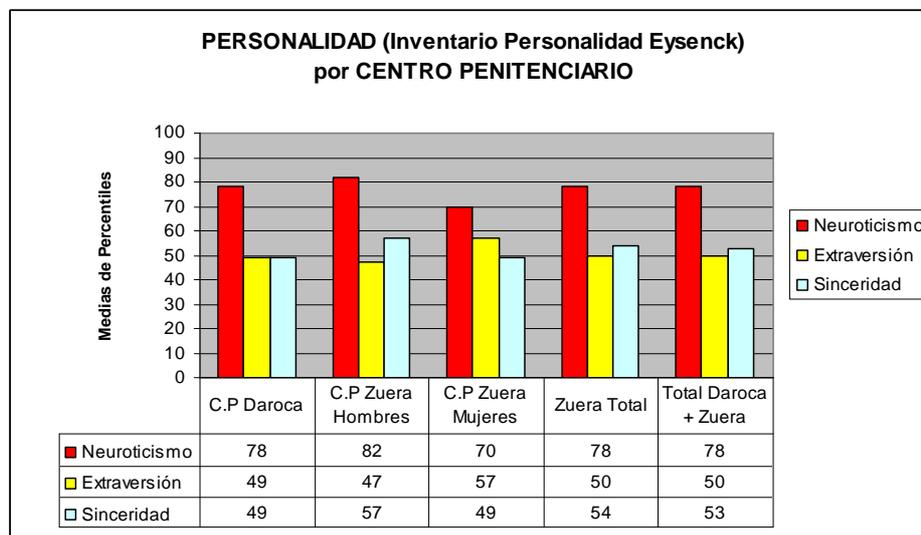
- ⁷ Doherty EE, Green KM, Reisinger HS, Ensminger ME. Long – Term Patterns of Drug Use Among an Urban African – American Cohort: The Role of Gender and Family. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine* 2007; 85 (2): 250 – 267.
- ⁸ Menard CB, Bandeen – Roche KJ, Chilcoat HD. Epidemiology of multiple childhood traumatic events: child abuse, parental psychopathology and other family level stressors. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2004; 39 (11): 857 – 865.
- ⁹ Sauvola A, Koskinen O, Jokelainen J, Hakko H, Jävelin MR, Räsänen P. Family type and criminal behaviour of male offspring: The Northern Finland 1966 Birth Cohort Study. *Int J Soc Psychiatry* 2002; 48 (2): 115 – 121.
- ¹⁰ Marcon SS, Furukawa TS. Family, childhood and adolescence: inmates' family recollection in a Brazilian state prison. *Rev Gaucha Enferm.* 2008; 29 (1): 60 – 67.
- ¹¹ Mäki P, Hakko H, Joukamaa M, Läärä E, Isohanni M, Veijola J. Parenteral separation at birth and criminal behaviour in adulthood a long term follow up the Finnish Christmas Seal Home Children. *Soc Psychiatry Epidemiol.* 2003; 38 (7): 354 – 359.
- ¹² Wark MJ, Kruczek T, Boley A. Emotional neglect and family structure: impact on student functioning. *Child Abuse Negl.* 2003; 27 (9): 1033 – 1043.
- ¹³ Kantojärvi L, Joukamaa M, Miettunen J, Läksy K, Herva A, Karvonen JT, Taanila A, Veijola J. Childhood family structure and personality disorders in adulthood. *Eur Psychiatry* 2008; 23 (3): 205 – 211.



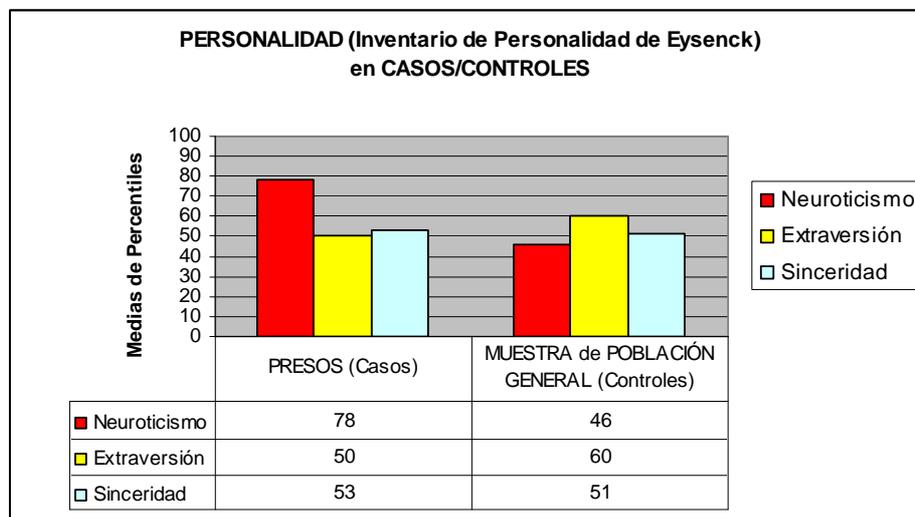
PERSONALIDAD

Para Eysenck¹ se define como:

“Una organización más o menos estable y duradera del carácter, temperamento e intelecto y físico de una persona, que determina su adaptación única al ambiente. El carácter denota el sistema de una persona más o menos estable y duradero del comportamiento conativo (voluntad); el temperamento, el sistema más o menos estable y duradero del sistema del comportamiento afectivo (emoción); el intelecto, el sistema más o menos estable y duradero del comportamiento cognitivo (inteligencia); y el físico, el sistema más o menos estable y duradero de la configuración corporal y de la dotación neuroendocrina”.



El Inventario de Personalidad de Eysenck” (EPI) puso de manifiesto que los presos aragoneses tenían un percentil más alto de neuroticismo que de extraversión. La media de sinceridad fue aceptable.



Al analizar los datos ofrecidos por el EPI sobre el total de los participantes de esta tesis doctoral, se observa que entre los presos predomina el neuroticismo y entre los controles la extraversión. La sinceridad en ambos grupos es prácticamente la misma (por lo que no existen diferencias " $p=0,274$ ") y se encuentra dentro de un rango admisible. Las diferencias son estadísticamente significativas para el neuroticismo y la extraversión ($p<0,001$ en ambas).

La "Teoría de la Personalidad de Eysenck" afirma que el delincuente posee unos determinados rasgos o características de personalidad: alto neuroticismo, alta extraversión y alto psicoticismo². El EPI tan sólo nos aporta datos sobre los dos primeros factores y sobre el percentil de sinceridad del individuo.

A la luz de esta teoría, los delincuentes serían más extrovertidos y más neuróticos que los no delincuentes. La extraversión es entendida como opuesta a la introversión e indica tanto tendencias impulsivas como sociales³. Los individuos extravertidos tienden, por una parte, hacia una mayor exteriorización, impulsividad y hacia una menor inhibición. Por otra parte, una alta puntuación en extraversión es significativa en personas gustosas de las relaciones y contactos sociales, personas activas en un grupo social, amistosas y con una gran necesidad de charlar. En íntima relación con su necesidad de estimulación, los extravertidos buscan emociones fuertes, correr riesgos así como experiencias excitantes y novedosas. Por esta última razón se ha relacionado la extraversión con los sujetos delincuentes y agresivos.

Pero además de extravertidos, los delincuentes se caracterizarían por un alto grado de neuroticismo, es decir, por una fuerte inestabilidad emocional. El neuroticismo se define como la hiperactividad, hipersensibilidad y labilidad emocional que conlleva, así como por la predisposición a la depresión bajo efectos del estrés. Por lo tanto, una persona neurótica es emocionalmente más desequilibrada, más vulnerable y cambiante, más sensible a las situaciones emocionales y con mayores dificultades de recuperarse de dichas situaciones.

A pesar de las críticas acusando a Eysenck de biologicista, el autor se definió a sí mismo como interaccionista, afirmando que si bien existe una predisposición biológica en la personalidad, el ambiente puede moldear y modificar estos dos aspectos de la personalidad⁴. Tanto es así, que planteó la hipótesis de que la prisión pudiera ejercer influencias y cambios en la estructura de la personalidad⁵. La estancia en prisión, sobre todo si es larga, podía afectar a variables de personalidad aumentando los miedos neuróticos y la ansiedad y reduciendo la extraversión.

De ser esto cierto, los que llevan más tiempo en prisión deberían diferenciarse de los que llevan menos tiempo por un mayor neuroticismo y una menor extraversión.

Estudios llevados a cabo por Heskin et al (1973) hallaron efectivamente una modificación o tendencia entre los presos hacia una menor extraversión aunque no encontraron cambios en el factor neuroticismo⁶. En esta tesis doctoral no se encontraron cambios para ninguno de los dos factores ($p=0,642$ y $0,299$ respectivamente). Mientras que la investigación comparativa entre sujetos de más o menos tiempo en prisión, dirigido por Bolton et al (1976), encontró un aumento significativo del neuroticismo⁵.

CONCLUSIONES

1. El “Inventario de Personalidad de Eysenck” (EPI) demostró que en los presos aragoneses predominaba el neuroticismo y en los controles, la extraversión.
2. La sinceridad en el total de la muestra fue aceptable.
3. De acuerdo con la “Teoría de Personalidad de Eysenck”, se pudo comprobar que los reclusos eran más neuróticos, pero no que éstos también fueran más extravertidos que los controles.
4. El percentil medio de neuroticismo más alto se observó en la población penitenciaria masculina de Zuera.
5. El percentil medio de extraversión más alto se objetivó en las mujeres presas del Centro Penitenciario de Zuera.
6. Los hombres internados en Zuera fueron los más sinceros.
7. No fue posible probar en esta tesis doctoral que ni un mayor tiempo de estancia en prisión se correspondiera con un aumento en el factor neuroticismo, ni con una disminución del factor extraversión.

BIBLIOGRAFÍA

- ¹ Eysenck SBG, Eysenck HJ. Crime and personality: an empirical study of the three factor theory. *British Journal of Criminology* 1970; 10: 225 – 239.
- ² Eysenck SBG, Eysenck HJ. Crime and personality: item analysis of questionnaire responses. *British Journal of Criminology* 1971; 11: 49 – 62.
- ³ Eysenck SBG, Eysenck HJ. Personality differences between prisoners and controls. *Psychopathological Reports* 1977; 40: 1023 – 1028.
- ⁴ Eysenck SBG, Eysenck HJ. A comparative study of criminals and matched controls on three dimensions of personality. *British Journal of Social & Clinical Psychology* 1971; 10: 362 – 366.
- ⁵ Eysenck HJ, Gudjonsson GH. *The causes and cures of criminality*. New York: Plenum Press; 1989.
- ⁶ Heskin KJ et al. Psychological correlatos of long – term imprisonment, III. Personality variables. *British Journal of Criminology* 1973; 13 (4): 324 – 330.

VENTAJAS y LIMITACIONES



Tabla I. VENTAJAS y LIMITACIONES del DISEÑO de la INVESTIGACIÓN	
Ventajas	Limitaciones
Se estudió una muestra bastante representativa de la población penitenciaria, lo que facilita la extrapolación de los resultados.	No se obtuvo permiso de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias para obtener muestra de la Prisión de Teruel.
Lo novedoso del estudio. Se describe, por primera vez, la relación entre los factores etiopatogénicos de la violencia entre los reclusos de Aragón.	Ha resultado menos útil para el estudio de las variables poco frecuentes (p.ej. enfermedades físicas relacionadas con la violencia...).
La recogida de datos se realizó en un corto periodo de tiempo.	La introducción de los datos en la base informática fue muy laboriosa.
Se ha podido estimar la prevalencia de los factores de riesgo en los reclusos de Zuera y Daroca.	No existe secuencia temporal, por lo que no es posible evaluar las relaciones causa – efecto.
Puede ayudar a la planificación de actuaciones de prevención de la violencia en el ámbito legal, penitenciario, psiquiátrico y de salud pública.	Posibilidad de sesgos debidos a las no respuestas.
Se han podido estudiar muchos factores de riesgo en la misma investigación.	La probabilidad de que existan muchos factores de confusión debido a la multifactorialidad de la violencia es grande.

Tabla II. VENTAJAS y LIMITACIONES de la ENCUESTA	
Ventajas	Limitaciones
La encuesta recoge la inmensa mayoría de las variables implicadas en la etiopatogenia de la violencia autoinfligida e interpersonal.	La extensión del cuestionario: era demasiado larga.
El cuestionario era autoadministrado.	No se pudo asegurar que se contestaran todas las hojas que componían el cuestionario y hubo datos que no fue posible contrastar.
Los sujetos con dificultades en la interpretación de la encuesta fueron ayudados por sus propios compañeros a entender apropiadamente lo que se les preguntaba.	Se necesita un nivel de educación suficiente para la lectura, la comprensión y la escritura o consignación de las respuestas.
El cuestionario era anónimo y confidencial: los participantes respondieron con más libertad y sinceridad, al saber que no serían identificados y que el tratamiento de sus datos se haría según la legislación vigente.	Se perdieron aspectos importantes de la reacción de los participantes durante las respuestas; no hubo oportunidad para interactuar con el investigador, lo cual hubiera podido suministrar información utilizable.
Las encuestas autoadministradas pueden ser entregadas por un tercero sin entrenamiento especial (como sucedió en los módulos de peligrosos y en la enfermería de la prisión de Zuera), ser distribuidas masivamente (así se hizo en los controles), o enviadas por correo.	Las encuestas gestionadas por personas diferentes a los investigadores estuvieron peor contestadas y, algunas, quedaron en blanco.
Entre los casos (presos) la tasa de repuestas fue muy alta.	Entre los controles la tasa de repuestas fue baja, por lo que hubo que distribuir muchos ejemplares de la encuesta para lograr una buena representatividad.
Muchas de las variables más específicas se recogieron en forma de escalas validadas.	Algunas de las escalas (ej. IPDE, CAGE...) son excesivamente sensibles pero menos específicas.
Al utilizar escalas validadas se aseguró la reproducibilidad del instrumento de medida (encuesta).	La reproducibilidad es peor en las preguntas que no formaban parte de una escala validada.
Las preguntas que no formaban parte de una escala, se redactaron con claridad y de forma cerrada, para que fueran entendidas por cualquier persona y se facilitaran las respuestas.	Muchos de los encuestados no sabían la respuesta a algunas variables muy específicas (ej. el Coeficiente Intelectual).
Las respuestas de los ítems de la gran mayoría de las escalas son dicotómicas (F/V, S/N).	Muchos de los ítems del IPDE están redactados de forma indirecta (pregunta en negativo), por lo que su comprensión fue difícil.
Escalas de cribado como el CAGE o el CBJP se contestan rápidamente porque constan de muy pocas preguntas (4).	El IPDE y el EPI son escalas excesivamente largas.
Se pudo ayudar a los encuestados en la comprensión de las preguntas en los módulos de la prisión en los que se obtuvo muestra de forma directa.	" <i>Sesgo del observador</i> " al exigir la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias a que la investigadora estuviera presente mientras los internos contestaban el cuestionario.
La alta motivación de los casos (reclusos) por formar parte de esta investigación, permitió que la mayoría de las encuestas recogidas en prisión estuvieran bien contestadas.	" <i>Sesgo de memoria</i> " en los participantes con el evento de interés (violencia), porque los sujetos pueden recordar sus exposiciones mejor que los controles o tienden a exagerar lo acontecido por el hecho de tener el factor de riesgo (ser preso).
Hubo una gran tasa de respuesta en todas las escalas validadas.	El cuestionario abreviado del IPDE, pese a ser utilizado en un punto de corte en cuatro puntos, no es suficientemente discriminativo como herramienta de cribado de los Trastornos de la Personalidad.

Tabla III. VENTAJAS y LIMITACIONES de la MUESTRA	
Ventajas	Limitaciones
El tamaño de la muestra es superior al de otros trabajos realizados en prisión.	Hay una gran desproporción en el número de internos obtenido en cada prisión.
El 80% de las internas del módulo de mujeres de Zuera participó en la investigación.	La distribución por sexos en la Prisión de Zuera fue muy desigual a favor de los reclusos varones.
Se contó con la participación de dos de las tres prisiones de la Comunidad Autónoma de Aragón que, además, son las más grandes.	La Secretaría General de Instituciones Penitenciarias no concedió permiso para que se obtuviese muestra de prisiones de fuera de Aragón. En el Centro Penitenciario de Zuera no se estimó oportuno que se accediera directamente a ciertos módulos: los correspondientes a los presos más peligrosos.
La distribución por edades de los casos (presos) revela que la patente juventud de la muestra penitenciaria es representativa de la realidad carcelaria española.	En los controles la distribución por edades estuvo bastante polarizada en dos grupos: estudiantes y gente de mediana edad.

Tabla IV. VENTAJAS y LIMITACIONES de los INVESTIGADORES	
Ventajas	Limitaciones
La gran empatía que se tuvo con los casos (presos) que aceptaron participar en el estudio, lo cual repercutió en la calidad de las respuestas obtenidas.	Escaso tiempo que se dispuso para la recogida de datos en prisión.
La total independencia de la investigadora asegura que no exista conflicto de intereses en este estudio.	No se dispuso de ninguna ayuda financiera institucional, aunque sí se obtuvo un premio de investigación dotado económicamente.
El que la doctorando sea especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública, ha proporcionado a esta tesis un enfoque multidisciplinar.	No ser especialista ni en Medicina Legal, ni en Psiquiatría, ni en Sanidad Penitenciaria.

Tabla V. OTRAS VENTAJAS y LIMITACIONES	
Ventajas	Limitaciones
Los hallazgos obtenidos en la investigación abren un debate en los profesionales dedicados al estudio de los factores de riesgo estudiados y también en la población general sobre el tema de la violencia.	Al abarcar tantos factores de riesgo, sólo se proporciona una descripción somera de los mismos.
La Tasa de Sinceridad de la muestra total (casos + controles) estuvo dentro de la media general.	La obtención de una buena Tasa de Sinceridad (medida con el EPI) no asegura totalmente que los participantes respondieran con franqueza el resto de la encuesta.
Los resultados obtenidos en las principales variables identificadas como factores de riesgo, coinciden en buena parte con los de otros estudios similares.	La interpretación de los resultados debe realizarse con cautela porque la extrapolación de los mismos es compleja de realizar.

CONCLUSIONES FINALES



CONCLUSIONES (I)

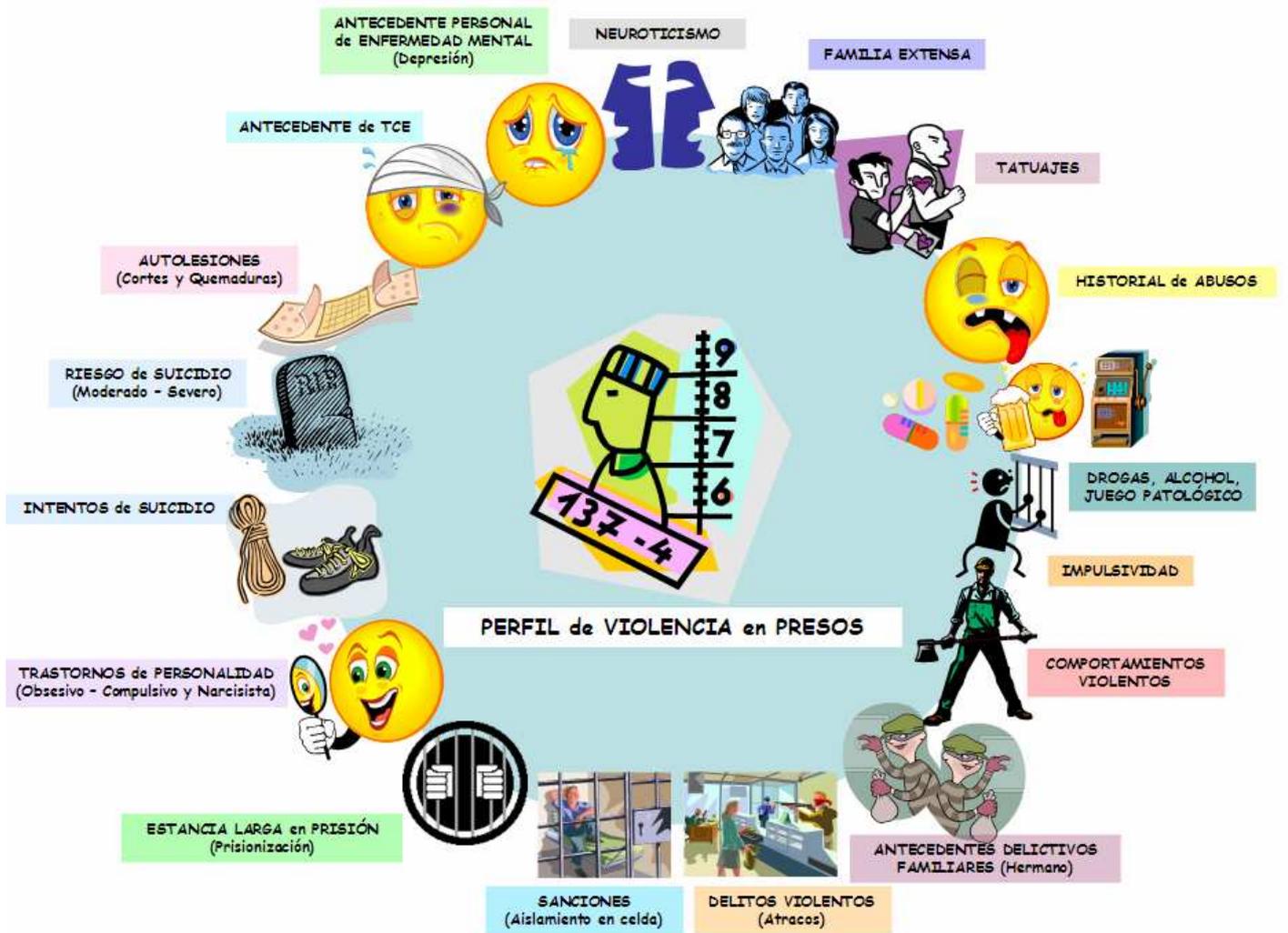
1. La depresión fue la enfermedad mental más declarada por la población penitenciaria objeto de estudio y también por los controles. Los trastornos de personalidad quedaron en segundo lugar.
2. El antecedente de TCE fue la enfermedad médica que más se relacionó en el total de los participantes de esta tesis doctoral.
3. El tipo de autolesión más frecuente fueron los “cortes y quemaduras” en los presos y “golpear cosas” en los controles.
4. Bastantes reclusos presentaron un riesgo moderado – severo de suicidio y reconocieron haberse intentado suicidar varias veces.
5. Los trastornos de personalidad más frecuentes en los encarcelados de esta investigación fueron el Obsesivo – compulsivo y el Narcisista. En la muestra de la población general, el Obsesivo – Compulsivo y el Evitativo. Los más prevalentes por grupo fueron los del C.
6. Los internos de Daroca son los más “prisionizados” en virtud del mayor periodo de encarcelación.
7. En la prisión de Daroca hubo más reclusos sancionados que en Zuera, siendo la sanción más declarada el aislamiento en celda.
8. Se estableció relación entre la comisión de delitos violentos y altas puntuaciones en la “Escala de Violencia de Plutchik”. También entre la comisión de delitos violentos con la dependencia alcohólica y con los trastornos de la personalidad del Grupo B.
9. El delito violento más frecuente fue el atraco y el principal entre los consumidores de drogas, el delito contra la propiedad.
10. La mayoría de los presos aragoneses tenían antecedentes familiares de problemas con la justicia. El familiar más implicado fue el hermano.
11. Los presos resultaron ser más violentos que impulsivos.

CONCLUSIONES (II)

12. Los reclusos impulsivos, en comparación con los no impulsivos mostraron unas características: consumían más drogas, tenían problemas con el juego, presentaban un riesgo moderado – severo de suicidio más elevado, mayor frecuencia de trastorno Límite de personalidad y una frecuencia más alta de haber cometido delitos violentos.
13. Los reclusos calificados como violentos presentaron más problemas con el alcohol.
14. El consumo de drogas dentro de la cárcel era muy alto. La edad de inicio en el consumo fue en la adolescencia temprana (14 años). Cannabis y cocaína, las sustancias más consumidas.
15. Muchos presos estaban incluidos en programas de desintoxicación de drogas.
16. Una gran proporción de presos presentó dependencia alcohólica.
17. La prevalencia de juego patológico entre la población penitenciaria aragonesa se reveló como muy importante.
18. Quedó patente la relación entre impulsividad y ludopatía en los presos.
19. Los casos no querían manifestar quién había sido su agresor. Aquellos que sí lo hicieron declararon ser agredidos por su pareja (violencia doméstica) y por su padre (maltrato infantil).
20. A una proporción importante de presos les habían pegado casi todos los días durante su infancia.
21. Respecto a la negligencia de los padres, muchos de los reclusos habían sido abandonados a su propio cuidado cuando eran niños.
22. La agresión física (pegar una bofetada) fue menos habitual que la verbal (gritar con rabia) en todos los participantes de esta tesis doctoral.
23. Las presas gritaban con rabia con más frecuencia, mientras que los presos empleaban más la violencia física.

CONCLUSIONES (III)

24. Los tatuajes eran una práctica común entre los encarcelados de la comunidad autónoma.
25. Se objetivó que existía una relación entre tatuajes y delitos violentos.
26. La familia nuclear fue la estructura familiar más común en la infancia de la mayor parte de los participantes en esta investigación, especialmente entre los controles.
27. La familia extensa representó un papel importante durante la niñez de una parte considerable de los presos, lo cual indica indirectamente que muchos de ellos eran de etnia gitana.
28. El EPI demostró que en los presos aragoneses predominaba el neuroticismo y en los controles la extraversión.
29. La sinceridad del conjunto de la muestra fue aceptable.
30. En el análisis del conjunto de las variables estudiadas, se observó que fueron las mujeres las que tuvieron la tasa de no repuestas más alta, por lo que sus respuestas siempre deben interpretarse con cautela.
31. Todas las variables analizadas, consideradas como factores de riesgo para la violencia, fueron más prevalentes en los sujetos encarcelados que en los controles. Por lo tanto, la encuesta diseñada para la obtención de estos datos se reveló como una buena herramienta.
32. En la inmensa mayoría de las variables estudiadas relacionadas con la violencia, se obtuvieron prevalencias similares a las obtenidas en otros trabajos.



LÍNEAS FUTURAS de INVESTIGACIÓN

- ❖ Mejorar el diseño de la encuesta:
 - ✓ Sustituyendo algunas escalas por otras más breves y específicas, por ejemplo, el IPDE para el cribado de los trastornos de la personalidad, por el Cuestionario Salamanca; o el CAGEy el CBJP por el MULTICAGE (que no sólo diagnostica problemas con el alcohol y el juego patológico, si no también con las drogas, la adicción a Internet y a los videojuegos, el gasto compulsivo, y los trastornos de la alimentación o el sexo).
 - ✓ Abreviando su extensión.
 - ✓ Eliminando preguntas que la inmensa mayoría de los encuestados no conoce, por ejemplo, el Coeficiente Intelectual.
 - ✓ Actualizar el EPI por el EPQ.
- ❖ Realizar la misma investigación en presos en primer grado.
- ❖ Comparar los resultados hallados en los reclusos con la investigación que se ha realizado en delincuentes juveniles.
- ❖ Realizar estudios de seguimiento para asegurar una adecuada secuencia temporal.
- ❖ Comparar los distintos factores asociados con la violencia entre los hombres y las mujeres reclusas.
- ❖ Realizar un análisis multivariante para detectar los factores de riesgo de violencia de más peso y construir con ellos un “árbol de decisiones” para el diagnóstico de peligrosidad.
- ❖ Comparar la investigación sobre la violencia realizada en las prisiones aragonesas con la llevada a cabo en población de riesgo (drogodependientes y alcohólicos, ludópatas, prostitutas, maltratadores y enfermos mentales).

TRABAJOS DERIVADOS de la TESIS DOCTORAL



**Congresos 2006 y 2008
de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria**

**III Edición del Premio de Investigación
de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria**

Congresos

**Congresos 2006 y 2008 de la
Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria**



VI CONGRESO y X JORNADAS de la SOCIEDAD ESPAÑOLA de SANIDAD PENITENCIARIA
(Zaragoza, 16 – 18 de noviembre de 2006)

“CÓMO DETENER a ANTÍGONA” o DESCRIPCIÓN de los FACTORES de RIESGO GENERALES del SUICIDIO en PRISIÓN”

López – Barrachina R, Lafuente O, García – Latas JL, Serrat D

PALABRAS CLAVE: Suicide, prisons, risk factors, impulsive behavior, violence, mental disorders.

OBJETIVOS: Hacer una descripción de los factores de riesgo de las conductas suicidas en el medio penitenciario.

El SUICIDIO es la 13ª CAUSA de MUERTE en el MUNDO (Fuente: OMS):
Cada 40 segundos una persona acaba con su vida en algún rincón del planeta.

Los PRESOS son PARTICULARMENTE VULNERABLES al SUICIDIO:
1 de cada 5 presos que fallece en la cárcel lo hace por esta causa.

El SUICIDIO en PRISIÓN, la MAYOR PREOCUPACIÓN DE LAS INSTITUCIONES PENITENCIARIAS en ESPAÑA:
Tasa anual de 68 por 100.000 habitantes, 11 veces superior a la de la población total.

MÉTODO: 236 internos de los Centros Penitenciarios de Daroca y Zuera (Zaragoza) fueron encuestados entre junio y diciembre de 2005 mediante un cuestionario autoadministrado que recogía los principales factores de riesgo de peligrosidad social e individual de colectivos desfavorecidos socialmente.

Los datos se recogieron a partir de escalas validadas

RESULTADOS:

FACTORES de RIESGO del SUICIDIO en PRISIÓN

- ANTECEDENTE de ABUSOS: 57%
- ANTECEDENTE PSIQUIÁTRICO PERSONAL: 52%
- CONSUMO DROGAS ACTUAL: 16% (Alguna vez: 70% (Tiempo medio consumo: 16 años))
- HISTORIAL de SUICIDIOS: 33% Intentos previos (medio: 3 veces)
- PROBLEMAS con el ALCOHOL: 50% (Dependencia Alcohólica: 33%)
- TRASTORNOS de la PERSONALIDAD: 28% Límites
- PROBLEMAS con el JUEGO: 16%
- PERSONALIDAD: Neuroticismo 66% (percentil 80)
- IMPULSIVIDAD: 26%
- RIESGO de VIOLENCIA: 63%

55% de los internos tenía algún Riesgo de Suicidio:
10% Riesgo Moderado, 4% Riesgo Severo

Riesgo de Suicidio: Desesperanza de Beck
Impulsividad: Impulsividad de Plutchick
Riesgo de Violencia: Violencia de Plutchick
Personalidad y sus trastornos: EPI e IPDE
Problemas relacionados con el Alcohol y el Juego Patológico: CAGE y CBJP

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOCRÁFICAS y PENITENCIARIAS de los PRESOS

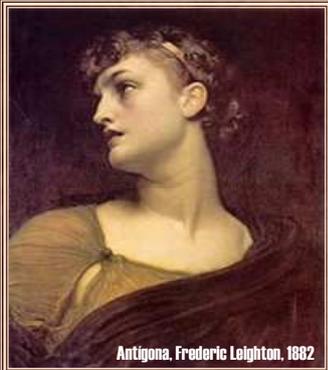
- 2% Sin ningún ingreso mensual
- 44% Estudios Primarios
- 50% Encarcelados por Delitos contra la Propiedad o contra la Salud Pública
- 26% Había obtenido algún beneficio penitenciario

CONCLUSIONES:

Un buen predictor del riesgo de suicidio en prisión: la utilización conjunta de las ESCALAS de DESESPERANZA de BECK y de IMPULSIVIDAD de PLUTCHICK.

La PSICOBIOGRAFÍA rigurosa de los reclusos: ayuda a detectar los posibles riesgos individuales de la conducta suicida y a establecer medidas preventivas.

El suicidio en prisión: ASUNTO CRUCIAL de SALUD PÚBLICA. La sociedad y las instituciones tienen el deber de sensibilizarse ante este problema.



Antigona, Frederic Leighton, 1882

Comunicación presentada, en forma de póster y oral en el “VI Congreso y X Jornadas de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria”, celebrado en Zaragoza del 16 al 18 de noviembre de 2006.

VI Congreso Nacional y X Jornadas de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria
(Zaragoza, 16 – 18 de noviembre de 2006)

“TRAS los PASOS de EDIPO REY: Las CONDUCTAS AUTOLESIVAS en el MEDIO PENITENCIARIO”

Lafuente O, López – Barrachina R, Serrat D, García – Latas JL

PALABRAS CLAVE: Self – injurious behavior, violence, prisons, mental disorders, impulsive behavior.

OBJETIVOS: Establecer patrones psicosociales y penitenciarios diferenciales por género de los reclusos que han manifestado conductas autolesivas, con el fin de realizar una prevención eficaz.

AUTOLESIÓN: mecanismo de supervivencia para sobrellevar el trauma psicológico o el dolor emocional.

Las CONDUCTAS AUTOLESIVAS son una EPIDEMIA OCULTA de PROPORCIONES ALARMANTES:
prácticamente no se sabe nada de por qué ocurren y de cómo pararlas.

En el área de la PSIQUIATRÍA FORENSE y PENITENCIARIA es uno de los PROBLEMAS de MAYOR REPERCUSIÓN entre los PRESOS.

METODOLOGÍA: Una muestra de 60 mujeres del Centro Penitenciario de Zuera (75% de las internas) y de 176 hombres de las prisiones de Zuera y Daroca (9% de los internos de ambos centros), fueron encuestados (Junio – diciembre 2005), mediante un cuestionario autoadministrado que había sido diseñado para recoger los principales factores de riesgo asociados a la peligrosidad (hetero y autoinfligida) de grupos desfavorecidos socialmente.

RESULTADOS:

PATRONES PSICOSOCIALES y PENITENCIARIOS diferenciales por SEXO de las CONDUCTAS AUTOLESIVAS en PRISIÓN			
Tipo de Autolesión		HOMBRES	MUJERES
Antecedente Psiquiátrico		67%	70%
Trastorno de la Personalidad	Límite	49%	70%
	Antisocial	48%	59%
Intentos previos de Suicidio		63%	67%
Consumo de Drogas	En algún momento	89%	81%
	Actual	24%	26%
Dependencia Alcohólica		45%	33%
Riesgo de Suicidio	Moderado	11%	18%
	Severo	3%	11%
Conductas Impulsivas		33%	52%
Antecedentes de Abusos		79%	74%
Sanciones en Prisión		65%	56%
Conductas Autolesivas más frecuentes		Golpear cosas Cortes y quemaduras 65%	Cortes y quemaduras Golpes en la cabeza 50%
Neuroticismo		Percentil 90	Percentil 85

ESCALAS analizadas en la ENCUESTA

Riesgo de Suicidio: Desesperanza de Beck
Impulsividad: Impulsividad de Plutchick
Personalidad y sus trastornos: EPI e IPDE
Problemas relacionados con Alcohol: CAGE

CONCLUSIONES:

Más de un 40% de los presos se ha causado daño intencional a sí mismos.

Ciertas CARACTERÍSTICAS PSICOSOCIALES se relacionan claramente con estas conductas

Las autolesiones en los presos son UN RETO y un SERIO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA



Edipo y Antígona, Antoni Brodowski, 1828

Comunicación presentada, en forma de póster y oral en el “VI Congreso y X Jornadas de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria”, celebrado en Zaragoza del 16 al 18 de noviembre de 2006.

Murcia, 20 - 22 de noviembre de 2008
VII Congreso Nacional y XII Jornadas de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria

"FACTORES de RIESGO de VIOLENCIA de los PRESOS con TRASTORNO NARCISISTA de la PERSONALIDAD según el IPDE ABREVIADO"

López - Barrachina R*, Lafuente O*, Arroyo JM**, García - Latas JL**, Serrat D***

*Especialistas en Medicina Preventiva y Salud Pública. Servicio Aragonés de Salud y Diputación General de Aragón **Médicos de Instituciones Penitenciarias. Prisiones de Zuera y Daroca. *** Especialista en Medicina Legal. Profesora Titular de la Universidad de Zaragoza.

OBJETIVOS.

Establecer los factores de riesgo de violencia auto y heteroinfligida en una muestra de presos con Trastorno Narcisista de la Personalidad medido con el cuestionario abreviado del "Examen Internacional de Trastornos de la Personalidad" (IPDE). Comparación con grupos de riesgo y controles.

MATERIAL y MÉTODOS.

ESCALAS VALIDADAS

- IPDE Abreviado → Cribado de Trastornos de la Personalidad.
- DESESPERANZA de BECK → Riesgo de Suicidio.
- IMPULSIVIDAD de PLUTCHICK → Conductas Impulsivas.
- RIESGO de VIOLENCIA de PLUTCHICK → Sentimientos de Agresividad y Conductas Violentas.
- CUESTIONARIO CAGE → Problemas relacionados con el Alcohol.
- CUESTIONARIO BREVE de JUEGO PATOLÓGICO (CBJP) → Problemas relacionados con el Juego.
- CUESTIONARIO de PERSONALIDAD de EYSENCK → Personalidad.

Otras Preguntas

- Historial de Abusos
- Comportamientos Agresivos contra la Pareja
- Consumo de Drogas
- Autolesiones.

246 Individuos

Presos (239) Controles (494)

Grupos de Riesgo (513)

RESULTADOS.

COMORBILIDAD INTERNA GRUPO B: 40%

AGRESIVIDAD contra la PAREJA:
Gritar con Rabia a menudo: 19,2%

VIOLENCIA AUTOINFLIGIDA:
Riesgo de Suicidio Moderado - Severo: 30%
Autolesiones: 43,5%

CONSUMO DROGAS:
16,6% (media tiempo consumo presos: 18,4 años)

PERSONALIDAD:
Neuroticismo (Percentil 85)

IMPULSIVIDAD:
41%

Abuso Físico:

Abuso Psíquico:

Abuso Sexual:

HISTORIAL de ABUSOS:
69%

CONDUCTAS VIOLENTAS:
60%

JUEGO PATOLÓGICO:
27,4%

DEPENDENCIA ALCOHÓLICA:
36,8%

FACTORES RIESGO VIOLENCIA TP NARCISISTA

(Se encontraron diferencias estadísticamente significativas para todas las variables)

CONCLUSIONES.

- TP Narcisista: implicado en la mayor parte de variables relacionadas con el riesgo de violencia.
- Los Narcisistas de los Grupos de Riesgo obtuvieron resultados más altos para todas las variables, excepto en dependencia alcohólica, consumo de drogas, sentimientos de agresividad y conductas violentas y autolesiones, en las que predominaron los Presos.

IPDE Abreviado

28,3%

55,3%

16,4%

36% Narcisistas (477)

Comunicación presentada, en forma de póster y oral en el "VII Congreso y XII Jornadas de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria", celebrado en Murcia del 20 al 22 de noviembre de 2008.



Comunicación presentada, en forma de póster y oral en el "VII Congreso y XII Jornadas de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria", celebrado en Murcia del 20 al 22 de noviembre de 2008.

Premios



**III Edición del Premio de Investigación
de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria**



Del mito de Narciso a los trastornos de la personalidad en las cárceles aragonesas: Una aproximación al perfil de estos desórdenes en las personas privadas de libertad

R López-Barrachina¹, O Lafuente², JL García-Latas³

¹Hospital de Barbastro (Huesca).

²Hospital Clínico Universitario de Zaragoza.

³Centro Penitenciario de Daroca.

RESUMEN

Los Trastornos de la Personalidad tienen que considerarse como una patología a tener en cuenta en el medio penitenciario por varios motivos: su elevada prevalencia, su gran comorbilidad con otros trastornos mentales y adictivos y con la notable relación que tienen con las conductas impulsivas y el riesgo de comportamientos violentos. Se planteó realizar un estudio de prevalencia de estos desórdenes en las prisiones de la provincia de Zaragoza. La muestra era de 236 internos, de los cuales una cuarta parte eran mujeres. El cuestionario abreviado del "Examen Internacional de Trastornos de la Personalidad" (IPDE) se mostró como una herramienta útil de cribado de esta patología.

Palabras clave: Epidemiología, Trastornos de la Personalidad, Violencia, Prisión

FROM THE MYTH OF NARCISSUS TO PERSONALITY DISORDERS IN ARAGONESE PRISONS: AN INTRODUCTORY PROFILE OF PERSONALITY DISORDERS AMONGST PEOPLE DEPRIVED OF THEIR LIBERTY

ABSTRACT

Personality Disorders are important pathologies in the prison context and awareness of their existence is necessary for several reasons: the high prevalence of PDs amongst inmates, their high level of comorbidity with other mental and addictive disorders, and for the link between PD and impulsive behaviour and possible violence. A study was carried out in prisons in the province of Zaragoza (Spain). The sample consisted of 236 inmates, 25% of whom were women. The abbreviated "International Personality Disorder Examination" (IPDE) questionnaire proved to be a useful defining tool for this pathology.

Key words: Epidemiology, Personality Disorders, Violence, Prison

Texto recibido: junio 2006

Texto aceptado: noviembre 2006

Artículo ganador de la III edición del Premio de Investigación en Sanidad Penitenciaria.

INVERSIÓN ECONÓMICA



DINERO INVERTIDO			
		€	Observaciones
MATERIAL	1050 Encuestas	.....0	A cargo del Departamento de Medicina Legal de la Universidad de Zaragoza. Se ha puesto la mitad del número de encuestas de los controles porque esta muestra se compartió con otro investigador.
	1050 Sobres	.....60	
	Fungible	.....50	Cartuchos de tinta para impresora
	300 Bolígrafos	.....75	
OBSEQUIOS	Tabaco y dulces	.....800	Para los presos/as
	Chocolatinas	.....375	Para los controles
	Bombones	.....30	Para los responsables de las prisiones
ENVÍOS	Cartas de petición de autorización	.....10	A la Dirección General de Instituciones Penitenciarias y a las cárceles de Daroca, Zuera y Teruel.
TRANSPORTE	Gasolina a Daroca	.....100	10 viajes (5 de ida y vuelta): 800 kms
	Gasolina a Zuera	.....140	24 viajes (12 de ida y vuelta): 960 kms
LIBROS y ARTÍCULOS de Hemeroteca	Libros	.....300	10 libros y 50 artículos de pago
	Artículos	.....50	
CONGRESOS	Asistencia	.....0	2 Congresos financiados (Congresos de la "Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria": Zaragoza 2006 y Murcia 2008).
	4 Pósteres	.....200	
		TOTAL.... 2190	

DINERO GANADO			
		€	Observaciones
PREMIO de INVESTIGACIÓN	III Edición del Premio de Investigación de la "Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria".	.....2000	El importe real del premio fueron 3.500 €, pero hubo que descontar el dinero que le correspondía a Hacienda y la parte que se le entregó al co – autor de prisiones.
		TOTAL.... 2000	

IMPORTE TOTAL GASTADO= 2.190 – 2.000 = 190 €

ANEXOS

Anexo I: Encuesta

Anexo II: Carta de Petición de Colaboración en la Investigación

a la D.G.J.J.P.P

Anexo III: Respuesta de la D.G.J.J.P.P

Anexo N: Cartel de Publicidad de la Encuesta

Anexo V: Modelo de Consentimiento Informado

Anexo VI: Validación de Preguntas y Escalas

de la Encuesta



Anexo I: Encuesta





ENCUESTA AUTOADMINISTRADA PARA GRUPOS

“FACTORES que INFLUYEN en la PELIGROSIDAD SOCIAL e INDIVIDUAL de los ENFERMOS MENTALES y de OTROS COLECTIVOS DESFAVORECIDOS (presos, delincuentes juveniles, ludópatas, toxicómanos...)”

Investigadores: Dra. Ruth López – Barrachina (Nº de Colegiado: 5013447)
Dr. Oscar Lafuente Casanova (Nº de Colegiado: 5013669)

Directora de la Tesis: Dra. Dolores Serrat Moré (Profesora Titular de Medicina Legal)

“La violencia es un problema importante para nuestra sociedad. Tradicionalmente se ha creído que ciertos colectivos desfavorecidos (enfermos mentales, presos, delincuentes juveniles, ludópatas, toxicómanos), por sus particulares circunstancias, son más peligrosos (no sólo contra otros individuos, si no también hacia sí mismos) que el resto de la sociedad. Por ello se han tratado de identificar los factores relacionados con este tema.

Esta investigación tiene como objetivo comprobar hasta qué punto esta afirmación es cierta. El método utilizado es la cumplimentación de una encuesta que recoge las principales variables implicadas como factores de riesgo.”



Estimado/a señor/a:

La colaboración en este proyecto es totalmente VOLUNTARIA. Puede ABANDONAR el estudio en cualquier momento y RETIRAR todos los datos que haya suministrado. Los investigadores en ningún momento conocerán la identidad del participante, puesto que se trata de una encuesta ANÓNIMA. Los datos obtenidos de la evaluación de las encuestas serán utilizados exclusivamente para fines académicos (realización de Tesis Doctoral) y científicos. Por lo tanto, los investigadores aseguran la CONFIDENCIALIDAD de la información obtenida.

Si decide participar porque ha comprendido el propósito y la metodología del estudio, que están definidos al comienzo de este formulario, le rogamos que conteste honestamente a cada pregunta, sin reflexionar demasiado. No hay respuestas malas ni buenas, esto no es un examen, simplemente va a proporcionarnos unos datos y a expresarnos su opinión sobre ciertos temas. Es muy importante que usted responda a TODAS las preguntas, para que el análisis pueda realizarse correctamente. Si se encuentra con alguna cuestión que pueda herir su sensibilidad, nada más lejos de nuestra intención, no pretendemos juzgar a nadie, tan sólo recoger cierta información.

INSTRUCCIONES

¡¡¡RECUERDE!!!! NO ESCRIBA SU NOMBRE EN ESTA ENCUESTA

1. Marque claramente las respuestas que le parezcan apropiadas con una cruz o con un círculo. Utilice un bolígrafo de cualquier color, excepto negro.
2. Si se le pide que escriba algo, haga la letra comprensible.
3. Las preguntas que lo requieren llevan instrucciones específicas, conteste como se le indica.
4. ¡Y no piense mucho, responda lo primero que le venga a la cabeza! Pero, por favor, sea sincero.
5. Cuando acabe de rellenar la encuesta, introdúzcala en el sobre que se adjunta. Tras despegar la cinta siliconada podrá cerrarlo fácilmente.

¡Muchas gracias por su colaboración y paciencia!

En primer lugar, le solicitamos algunos DATOS PERSONALES:

1. SEXO

- Varón Mujer

2. ¿Cuántos AÑOS tiene usted?

(en número)

3. ¿Cuál es su ESTADO CIVIL?

- Soltero (sin convivir con su pareja) Conviviendo con su pareja
 Casado Separado/Divorciado Viudo

4. ¿Cuántos HIJOS tiene?

(en número)

5. ¿Cuántos HERMANOS tiene (incluyéndose usted mismo)

(en número)

6. ¿Dónde (o con quién) VIVE habitualmente?

- Vive con familia o amigos Vive en establecimiento colectivo (residencia, geriátrico, centro juvenil, etc)
 Vive solo Internado en institución penitenciaria Sin domicilio

7. Indique su NACIONALIDAD

- Española Española y otra (ESPECIFICAR CUÁL)
 Extranjera (ESPECIFICAR)

8. ¿Cuál es su NIVEL de ESTUDIOS?

- Sin estudios Estudios Secundarios Estudios Medios Universitarios
 Estudios Primarios Formación Profesional Estudios Superiores
 Otros no reglados

9. Si tiene estudios, ¿DÓNDE los cursó?

Primarios

- No lo recuerda Colegio Público Colegio Privado Religioso
 Colegio Privado No Religioso

Secundarios (ESO y Bachiller)

- No lo recuerda Instituto Privado Religioso
 Instituto Público Instituto Privado No Religioso

Formación Profesional

- No lo recuerda Centro Público Centro Privado Religioso
 Centro Privado No Religioso

Medios Universitario

- No lo recuerda Universidad Privada Universidad Pública

Superiores

- No lo recuerda Universidad Privada Universidad Pública

Otros No Reglados

- No lo recuerda Centro Privado Centro Público

10. ¿Qué CALIFICACIONES obtuvo en sus ESTUDIOS?

- Estudios Primarios** Sobresaliente Bien Insuficiente
 Notable Suficiente No lo recuerda

Estudios Secundarios (ESO y Bachiller) y Formación Profesional

- Mención Honorífica (10) Notable (7 - 8) Suficiente (5) No lo recuerda
 Sobresaliente (9) Bien (6) Insuficiente (0 - 4)

- Estudios Superiores** Sobresaliente o Matrícula de Honor (9,0 - 10) Aprobado (5,0 - 6,9)
 No lo recuerda Notable (7,0 - 8,9) Suspenso (0 - 4,9)

11. ¿Cuál es su COEFICIENTE INTELECTUAL?

- Menos de 70 70-90 90-110 110-130 Más de 130 No lo sabe

12. ¿Cuál es su PROFESIÓN?

13. ¿Usted TRABAJA (o trabajaba) cómo?

- Asalariado fijo (a sueldo, comisión, jornal, etc., con carácter fijo)
 Asalariado eventual o interino (a sueldo, comisión, jornal, etc., con carácter temporal o interino)
 Empresario o profesional con asalariados Profesional o trabajador autónomo (sin asalariados)
 Ayuda familiar (sin remuneración reglamentada en la empresa o negocio de un familiar) Miembro de una cooperativa
 Otra situación

(iii) Recuerde!!!: sólo lo que USTED GANA, no los ingresos totales de su hogar)

14. ¿En qué tramo de esta escala están comprendidos sus INGRESOS PERSONALES MENSUALES, por TODOS los conceptos (nómina, comisiones, horas extras, incentivos, etc.)?

- Hasta 300 € (50.000 ptas) 301-600 € (50.000-100.000 ptas) 601-900 € (100.000-150.000 ptas) 901-1200 € (150.000-200.000 ptas)
 1201-1800 € (200.000-300.000 ptas) 1801-2400 € (300.000-400.000 ptas) 2401-3000 € (400.000-500.000 ptas)
 4501-6000 € (750.000-1 millón ptas) Más de 6000 € (más de un millón ptas) 3001-4500 € (500.000-750.000 ptas)
 No lo sabe No tiene ingresos

15. ¿En cuál de las siguientes SITUACIONES se encuentra usted ACTUALMENTE?

- Jubilado o pensionista (anteriormente ha trabajado) Ama de casa (sus labores) Otras situaciones (baja laboral, incapacidad, excedencia)
 Pensionista (anteriormente no ha trabajado, sus labores, etc.) Trabaja
 Parado y ha trabajado Parado y busca su primer empleo Estudiante

16. ¿Cómo se define usted en materia RELIGIOSA?

- Católico No creyente (ateo) Creyente de otra religión

Si es creyente de otra religión, señale CUÁL:

- Budista Testigos de Jehová Protestante Otras
 Musulmana Ortodoxa Cristiana

- ¿Practica su religión?** sí NO

17. ¿Ha tenido usted o tiene alguna de estas ENFERMEDADES (y que haya sido diagnosticada por un médico)?

(Conteste, por favor, una por una)

- Traumatismo Craneoencefálico SI NO Epilepsia SI NO No lo recuerda
- Accidente Cerebrovascular (embolia, trombosis, ictus) SI NO

18. ¿Ha tenido usted o tiene alguno de estos PROBLEMAS de SALUD MENTAL (y que haya sido diagnosticado por un médico)?

(Conteste, por favor, uno por uno)

- Depresión SI NO Trastorno Bipolar (Psicosis Maniaco-Depresiva) SI NO
- Neurosis SI NO Trastorno de la personalidad SI NO Paranoia SI NO
- Esquizofrenia SI NO Oligofrenia (retraso mental) SI NO No recuerda

19. ¿Y algún FAMILIAR DIRECTO? (Conteste, por favor, uno por uno)

- Depresión SI NO Trastorno Bipolar (Psicosis Maniaco-Depresiva) SI NO
- Neurosis SI NO Trastorno de la personalidad SI NO Paranoia SI NO
- Esquizofrenia SI NO Oligofrenia (retraso mental) SI NO No recuerda

Señale la IDENTIDAD del familiar/es: (Conteste, por favor, una por una)

- Padre SI NO Hermano/s SI NO Abuelo/s SI NO
- Madre SI NO Hermana/s SI NO Abuela/s SI NO
- Otro/s **Especifique cuál:**
-

20. En el ÚLTIMO AÑO, ¿Tuvo que acudir o le llevaron a URGENCIAS de PSIQUIATRÍA?

- SI **¿Cuántas veces?** (en número)
- NO

21. En el ÚLTIMO AÑO, ¿Estuvo HOSPITALIZADO por algún motivo de SALUD MENTAL (Incluye Alcohol y/o Toxicomanías)?

- SI **¿Cuántas veces?** (en número)
- NO

22. En el ÚLTIMO AÑO, ¿ha tenido alguna conducta VIOLENTA (insultar o golpear a alguien) en URGENCIAS del HOSPITAL?

- SI (en número)
- NO

23. Actualmente, si tiene algún problema de salud mental, ¿necesita o le han aconsejado seguir un TRATAMIENTO y/o seguir consultas con un psiquiatra y/o psicólogo?

- SI
- NO

24. ¿Realiza algún DEPORTE de RIESGO (ciclismo todo terreno, ala delta, parapente, puenting, descenso de aguas rápidas, buceo, esquí aéreo, piragüismo, etc)?

- SI Siendo PARTICIPANTE ACTIVO
- Viéndolo por TELEVISIÓN
- NO

Ahora vamos a explorar un poco su ESTADO de ÁNIMO:

(Marque sólo una "cruz" o un "círculo" en la "V" o en la "F" de cada una de las preguntas)

V = Verdadero

F = Falso

- | | | |
|--|---|---|
| 1. Espero el futuro con esperanza y entusiasmo..... | V | F |
| 2. Puedo darme por vencido, renunciar, ya que no puedo hacer mejor las cosas por mí mismo | V | F |
| 3. Cuando las cosas van mal me alivia saber que las cosas no pueden permanecer tiempo así | V | F |
| 4. No puedo imaginar como será mi vida dentro de 10 años | V | F |
| 5. Tengo bastante tiempo para llevar a cabo las cosas que quisiera poder hacer | V | F |
| 6. En el futuro, espero conseguir lo que me pueda interesar..... | V | F |
| 7. Mi futuro me parece oscuro | V | F |
| 8. Espero más cosas buenas de la vida que lo que la gente suele conseguir por término medio | V | F |
| 9. No logro hacer que las cosas cambien, y no existen razones para creer que pueda cambiarlas en el futuro | V | F |
| 10. Mis pasadas experiencias me han preparado bien para mi futuro | V | F |
| 11. Todo lo que puedo ver por delante de mí es más desagradable que agradable | V | F |
| 12. No espero conseguir lo que realmente deseo..... | V | F |
| 13. Cuando miro hacia el futuro, espero que seré más feliz de lo que soy ahora..... | V | F |
| 14. Las cosas no marchan como yo quisiera | V | F |
| 15. Tengo una gran confianza en el futuro | V | F |
| 16. Nunca consigo lo que deseo, por lo que es absurdo desear cualquier cosa | V | F |
| 17. Es muy improbable que pueda lograr una satisfacción real en el futuro | V | F |
| 18. El futuro me parece vago e incierto..... | V | F |
| 19. Espero más bien épocas buenas que malas..... | V | F |
| 20. No hay razón para tratar de conseguir algo deseado, pues probablemente no lo logre... V | F | |

Y ahora, unas cuantas preguntas que indagan sobre su ACTITUD ante la VIDA

(Marque sólo una "cruz" o un "círculo" en la "V" o en la "F" de cada una de las preguntas)
V = Verdadero F = Falso

- | | | |
|--|---|---|
| 1. Normalmente me divierto y disfruto de la vida. | V | F |
| 2. Confío en la gente que conozco. | V | F |
| 3. No soy minucioso con los detalles pequeños. | V | F |
| 4. No puedo decidir que tipo de persona quiero ser. | V | F |
| 5. Muestro mis sentimientos a todo el mundo. | V | F |
| 6. Dejo que los demás tomen decisiones importantes por mí. | V | F |
| 7. Me preocupo si oigo malas noticias sobre alguien que conozco. | V | F |
| 8. Ceder a alguno de mis impulsos me causa problemas. | V | F |
| 9. Mucha gente que conozco me envidia. | V | F |
| 10. Doy mi opinión general sobre las cosas y no me preocupo por los detalles. | V | F |
| 11. Nunca me han detenido. | V | F |
| 12. La gente cree que soy frío y distante. | V | F |
| 13. Me meto en relaciones muy intensas pero poco duraderas. | V | F |
| 14. La mayoría de la gente es justa y honesta conmigo. | V | F |
| 15. La gente tiene una gran opinión sobre mí. | V | F |
| 16. Me siento molesto o fuera de lugar en situaciones sociales. | V | F |
| 17. Me siento fácilmente influido por lo que me rodea. | V | F |
| 18. Normalmente me siento mal cuando hago daño o molesto a alguien. | V | F |
| 19. Me resulta muy difícil tirar las cosas. | V | F |
| 20. A veces he rechazado un trabajo, incluso aunque estuviera esperándolo. | V | F |
| 21. Cuando me alaban o critican manifiesto mi reacción a los demás. | V | F |
| 22. Uso a la gente para lograr lo que quiero. | V | F |
| 23. Paso demasiado tiempo tratando de hacer las cosas perfectamente. | V | F |
| 24. A menudo, la gente se ríe de mí, a mis espaldas. | V | F |
| 25. Nunca he amenazado con suicidarme, ni me he autolesionado a propósito. | V | F |

26. Mis sentimientos son como el tiempo, siempre están cambiando. V F
27. Para evitar críticas, prefiero trabajar solo. V F
28. Me gusta vestirme para destacar entre la gente. V F
29. Mentiría o haría trampas para lograr mis propósitos. V F
30. Soy más supersticioso que la mayoría de la gente. V F
31. Tengo poco o ningún deseo de mantener relaciones sexuales. V F
32. La gente cree que soy demasiado estricto con las reglas y normas. V F
33. Generalmente me siento solo o desvalido si estoy solo. V F
34. No me gusta relacionarme con gente hasta que no estoy seguro de que les gusto. V F
35. No me gusta ser el centro de atención. V F
36. Creo que mi cónyuge (amante) me puede ser infiel. V F
37. La gente piensa que tengo muy alto concepto de mi mismo. V F
38. Cuido mucho lo que les digo a los demás sobre mí. V F
39. Me preocupa mucho no gustar a la gente. V F
40. A menudo me siento vacío por dentro. V F
41. Trabajo tanto que no tengo tiempo para nada más. V F
42. Me da miedo que me dejen solo y tener que cuidar de mí mismo. V F
43. Tengo ataques de ira o enfado. V F
44. Tengo fama de que me gusta flirtear (coquetear, ligar). V F
45. Me siento muy unido a gente que acabo de conocer. V F
46. Prefiero las actividades que pueda hacer por mí mismo. V F
47. Pierdo los estribos y me meto en peleas. V F
48. La gente piensa que soy tacaño con mi dinero. V F
49. Con frecuencia busco consejos o recomendaciones sobre decisiones de la
vida cotidiana V F
50. Para caer bien a la gente me ofrezco a realizar tareas desagradables. V F
51. Tengo miedo de ponerme en ridículo ante gente conocida. V F
52. A menudo confundo objetos o sombras con gente. V F
53. Soy muy emocional y caprichoso. V F

54. Me resulta difícil acostumbrarme a hacer cosas nuevas. V F
55. Sueño con ser famoso. V F
56. Me arriesgo y hago cosas temerarias. V F
57. Todo el mundo necesita uno o dos amigos para ser feliz. V F
58. Descubro amenazas ocultas en lo que me dicen algunas personas. V F
59. Normalmente trato de que la gente haga las cosas a mi manera. V F
60. Cuando estoy estresado las cosas que me rodean no me parecen reales. V F
61. Me enfado cuando la gente no quiere hacer lo que le pido. V F
62. Cuando finalizo una relación, tengo que empezar otra rápidamente. V F
63. Evito las actividades que no me resultan familiares para no sentirme molesto tratando de hacerlas. V F
64. A la gente le resulta difícil saber claramente que estoy diciendo. V F
65. Prefiero asociarme con gente de talento. V F
66. He sido víctima de ataques injustos sobre mi carácter o mi reputación. V F
67. No suelo mostrar emoción. V F
68. Hago cosas para que la gente me admire. V F
69. Suelo ser capaz de iniciar mis propios proyectos. V F
70. La gente piensa que soy extraño o excéntrico. V F
71. Me siento cómodo en situaciones sociales. V F
72. Mantengo rencores contra la gente durante años. V F
73. Me resulta difícil no estar de acuerdo con las personas de las que dependo. V F
74. Me resulta difícil no meterme en líos. V F
75. Llego al extremo para evitar que la gente me deje. V F
76. Cuando conozco a alguien no hablo mucho. V F
77. Tengo amigos íntimos. V F

Las siguientes preguntas se refieren a su **SITUACIÓN JUDICIAL:**

SI NUNCA HA TENIDO NINGÚN PROBLEMA CON LA JUSTICIA, PASE DIRECTAMENTE A LA PREGUNTA Nº 16 (en la página siguiente)

1. ¿CUÁNTAS veces en su vida HA SIDO ACUSADO de: (conteste con números)

posesión y tráfico de drogas?

delitos contra la propiedad (robos en domicilios, tiendas, fraudes, extorsión, falsificación de dinero, compra de objetos robados)?

delitos violentos (atracos, asaltos, incendios, violación, homicidio)?

otros delitos?

2. ¿CUÁNTOS de los cargos anteriores resultaron en CONDENAS?

3. ¿CUÁNTAS veces en su vida HA SIDO ACUSADO de: (conteste con números)

alteración del orden, vagabundeo, intoxicación pública?

prostitución?

conducir embriagado?

delitos de tráfico (exceso de velocidad, conducir sin carnet, conducción peligrosa, etc.?)

4. ¿Ha estado usted alguna vez en PRISIÓN?

SÍ **¿Cuántas veces?** (en número)

NO

5. ¿Cuánto TIEMPO en su vida ha ESTADO en la CÁRCEL (contando todas las veces)?

6. ¿En el momento actual está PENDIENTE de CARGOS, JUICIO o SENTENCIA? SÍ NO

Si la respuesta es SÍ, ¿Cuál es el MOTIVO? (puede marcar más de una opción)

posesión y tráfico de drogas?

delitos violentos (atracos, asaltos, incendios, violación, homicidio)?

alteración del orden, vagabundeo, intoxicación pública?

delitos de tráfico (exceso de velocidad, conducir sin carnet, conducción peligrosa, etc.)?

delitos contra la propiedad (robos en domicilios, tiendas, fraudes, extorsión, falsificación de dinero, compra de objetos robados)?

conducir embriagado?

prostitución?

otros delitos?

7.¿Cuántos AÑOS tenía la PRIMERA VEZ que ingresó en prisión?

(en número)

8.Indique el TIEMPO de su condena más larga:

9.¿Ha tenido algún BENEFICIO PENITENCIARIO durante su estancia en prisión?

- SI **¿Cuál?**
 - Adelantamiento de la Libertad Condicional
 - Indulto Particular
- NO

10.¿Le han SANCIONADO alguna vez durante su estancia en prisión?

- SI **¿Qué TIPO de sanción?**
 - Privación de permisos de salida
 - Aislamiento en celda
 - Limitación de comunicaciones orales
 - Aislamiento de fin de semana
 - Privación de paseos y actividades recreativas
- NO

11.¿Está ACTUALMENTE en PRISIÓN?

- sí **¿En qué circunstancia?**
 - Preso Preventivo
 - Preso Condenado
- NO

12.¿Está ACTUALMENTE en LIBERTAD CONDICIONAL?

- sí
- NO

13.¿En qué RÉGIMEN PENITENCIARIO se encuentra?

- Primer grado
- Tercer Grado
- Segundo grado
- Sin Clasificar

Si está en PRIMER GRADO, ¿cuál es la razón?

- Agresión a otro preso
- Secuestro
- Agresión a funcionario
- Posesión de objetos prohibidos
- Acumulación de partes
- Posesión de drogas
- Fugas
- Quejas contra el sistema
- Por denunciar algo o a alguien
- Banda armada
- Peligrosidad
- Discusión con funcionario o amenazas
- Motines
- Quebrantar permiso
- Plantes
- Otras

14. ¿Qué ACTIVIDAD realiza (o realizaba si ya no está) en PRISIÓN?

- Trabajo remunerado en talleres Enseñanza
 Talleres ocupacionales Cursos
 Actividades organizadas Destinos auxiliares
 Formación ocupacional Otras

15. ¿Cómo se CLASIFICA el DELITO por el que se encuentra en PRISIÓN?

- Delito contra la propiedad (robos en domicilios, tiendas, fraudes, extorsión, falsificación de dinero, compra de objetos robados)
 Delito contra la Salud Pública (tráfico de drogas, etc.)
 Delito contra las personas (agresiones por arma blanca, homicidios, etc.)
 Otros Delitos

¿Ha cometido delitos VIOLENTOS? *(Conteste, por favor, uno por uno)*

- SÍ **¿Cuál/les?** Atracos SÍ Incendios SÍ
 NO NO Homicidios SÍ
 Asaltos SÍ Violación SÍ
 NO NO NO

¿Tuvo INTENCIÓN de cometerlos? SÍ NO

¿Hubo ENSAÑAMIENTO (crueldad innecesaria) con las víctimas? SÍ NO

16. ¿Tiene (o ha tenido) algún FAMILIAR suyo PROBLEMAS con la JUSTICIA? *(Conteste, por favor, uno por uno)*

- SÍ **¿Qué familiar?** Padre SÍ Madre SÍ Hermanos SÍ
 NO NO NO NO
 Esposo/a SÍ Hijo/s SÍ
 NO NO NO
 Abuelo/a - Abuelos/as SÍ
 NO NO Otros
 Tíos/as SÍ
 NO NO

Ahora, unas pinceladas sobre su MANERA de COMPORTARSE:

(Marque una "cruz" en la casilla correspondiente)

	NUNCA	A VECES	A MENUDO	CASI SIEMPRE
1. ¿Le resulta difícil esperar en una cola?.....				
2. ¿Hace cosas impulsivamente?.....				
3. ¿Gasta dinero impulsivamente?.....				
4. ¿Planea cosas con anticipación?.....				
5. ¿Pierde la paciencia a menudo?.....				
6. ¿Le resulta fácil concentrarse?.....				
7. ¿Le resulta difícil controlar los impulsos sexuales?.....				
8. ¿Dice Ud. lo primero que le viene a la cabeza?.....				
9. ¿Acostumbra a comer aun cuando no tenga hambre?.....				
10. ¿Es Ud. impulsivo/a?.....				
11. ¿Termina las cosas que empieza?.....				
12. ¿Le resulta difícil controlar las emociones?.....				
13. ¿Se distrae fácilmente?.....				
14. ¿Le resulta difícil quedarse quieto?.....				
15. ¿Es Ud. cuidadoso o cauteloso?.....				

(Marque una "cruz" en la casilla correspondiente)

	NUNCA	A VECES	A MENUDO	CASI SIEMPRE
1. ¿Se enfada con facilidad?.....				
2. ¿Se enfada continuamente con la gente?.....				
3. ¿Se enfurece sin motivo?.....				
4. ¿Cuándo se enfada coge un arma?.....				
5. ¿Ha lastimado alguna vez a alguien en una pelea?.....				
6. ¿Ha pegado o atacado alguna vez a algún familiar?.....				
7. ¿Ha pegado o atacado alguna vez a alguien que no sea familiar suyo?.....				
8. ¿Ha usado alguna vez un objeto para agredir a alguien?...				
9. ¿Podría conseguir un arma con facilidad?.....				
10. ¿Cuántas veces ha sido Ud. detenido por delitos no violentos como irse de una tienda sin pagar o falsificar documentos?.....				
11. ¿Cuántas veces ha sido Ud. detenido por delitos como robo a mano armada o agresión violenta?.....				

	SÍ	NO
12. ¿Guarda o colecciona armas en su casa y sabe cómo utilizarlas?.....		

**A continuación, algunas cuestiones sobre sus
HÁBITOS, AFICIONES y sobre su INFANCIA y FORMA de SER:**

1. ¿Ha PROBADO alguna de estas SUSTANCIAS? *(Conteste, por favor, una por una)*

- | | | | | | |
|---|--|--------------------------------|--|---------|--|
| Éxtasis (pastis, pirulas),
drogas de síntesis | <input type="radio"/> SÍ
<input type="radio"/> NO | Inhalables
(pegamento, etc) | <input type="radio"/> SÍ
<input type="radio"/> NO | Heroína | <input type="radio"/> SÍ
<input type="radio"/> NO |
| Tranquilizantes y somníferos sin
receta médica | <input type="radio"/> SÍ
<input type="radio"/> NO | Alucinógenos
(Acidos, LSD) | <input type="radio"/> SÍ
<input type="radio"/> NO | Cocaína | <input type="radio"/> SÍ
<input type="radio"/> NO |
| Cannabis
(marihuana, hachís, | <input type="radio"/> SÍ
<input type="radio"/> NO | Anfetaminas, speed | <input type="radio"/> SÍ
<input type="radio"/> NO | | |

SI NUNCA HA CONSUMIDO NINGUNA SUSTANCIA, PASE A LA PREGUNTA 2

¿Las CONSUME ACTUALMENTE? SÍ NO

¿Cuánto TIEMPO hace que es CONSUMIDOR?

¿A qué EDAD se INICIÓ en el consumo? *(en número)* SÍ

¿Está usted siguiendo un PROGRAMA de DESINTOXICACIÓN? NO

¿Cuántas VEGES ha intentado DESENGANCHARSE? *(en número)*

2. CONSUMO de ALCOHOL *(Por favor, responda a todos los apartados de esta pregunta)*

¿Le ha molestado alguna vez la gente que le critica su forma de beber? SÍ
 NO

¿Ha tenido usted alguna vez la impresión de que debería beber menos? SÍ
 NO

¿Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber? SÍ
 NO

¿Alguna vez lo que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para librarse de una resaca? SÍ
 NO

¿Qué EDAD tenía cuando COMENZÓ a tomar bebidas alcohólicas de FORMA REGULAR? *(en número)*

3. HÁBITO de JUEGO: *(Por favor, responda a todos los apartados de esta pregunta)*

¿Cree usted que tiene o ha tenido problemas con el juego? SÍ
 NO

¿Con qué TIPO de Juego? Máquinas recreativas Juegos de Casino
 Bingo Otras (loterías, cartas, etc)

¿Durante CUÁNTO tiempo

¿Se ha sentido alguna vez culpable por jugar o por lo que le ocurre cuando juega? SÍ
 NO

¿Ha intentado alguna vez dejar de jugar y no ha sido capaz de ello? SÍ
 NO

¿Ha cogido alguna vez dinero de casa para jugar o pagar deudas? SÍ
 NO

4. ¿Alguna persona ha ABUSADO de usted:

FÍSICAMENTE (produciéndole daños corporales)? SÍ NO

EMOCIONALMENTE (insultándole, menospreciándole o ridiculizándole)? SÍ NO

SEXUALMENTE (forzándole a mantener relaciones sexuales)? SÍ NO

¿De qué PERSONA/AS se trata? (Conteste, por favor, una por una)

- | | | |
|--|---|---|
| Padre <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO | Madre <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO | Hermanos/a <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO |
| Pareja sexual - Esposo/a <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO | Hijo/s <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO | |
| Amigos íntimos <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO | Vecinos <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO | Compañeros de trabajo <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO |
| Otro familiar <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO | Otro/s <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO | |

5. ¿Con qué FRECUENCIA le PEGABAN a usted para corregirle cuando era niño/a?

- Nunca Más o menos una vez al mes Casi todos los días
 En muy pocas ocasiones Más o menos una vez por semana

¿CON QUÉ le PEGABAN (o le pegan si es un niño) más frecuentemente?

- Con la mano Con una vara o correa Con todo lo anterior
 Con una chancleta o zapatilla Con cualquier objeto duro

6. ¿Sus padres le dejaban mucho tiempo SOLO en casa o en la calle A SU PROPIO CUIDADO?

- SÍ NO

7. ¿Tiene usted algún TATUAJE en su cuerpo?

- SÍ NO

¿Cuántos? (en número)

¿Cuál es el TEMA/S de su/s TATUAJE/S? (Conteste, por favor, uno por uno)

- | | |
|---|--|
| Tatuajes desafiantes al orden establecido (Serpiente enrollada en una espada, ideológicos, etc) <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO | Nombre entero o iniciales <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO |
| Tatuajes pacíficos (palomas, flores, palmeras, etc) <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO | Tatuajes agresivos (animales feroces, calaveras, puñales, etc) <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO |
| Motivos místicos (santos, vírgenes, cruces, figuras de Cristo o el diablo, etc) <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO | Tatuajes afectivos (nombre de la persona amada, etc) <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO |
| Otros tatuajes <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO | Tatuajes sexuales <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO |

8. ¿Es o ha sido MIEMBRO de alguna ASOCIACIÓN o GRUPO NO ADMITIDO SOCIALMENTE?

- SÍ **¿Cuál?** Religioso Político
 Deportivo Militar Otros grupos
- NO

9. ¿Cuál era su ESTRUCTURA FAMILIAR cuando era NIÑO/A?

(Se refiere a CUÁNTAS PERSONAS VIVÍAN EN SU CASA HABITUALMENTE)

- Familia extensa (abuelos, padres, hijos, tíos y primos; ejemplo: familias gitanas) Familia monoparental (sólo el padre o la madre con/sin hermanos)
- Familia nuclear (padres e hijos) Familia reconstituida (dos familias monoparentales)

10. ¿Tiene USTED algún tipo de ARMA de FUEGO (pistola, revólver, rifle) en su casa?

- SÍ
 NO

Si la respuesta es SÍ, ¿Cuál es la principal RAZÓN para tener ese arma?

- Deporte o cacería Protección personal Actividad profesional

11. ¿Considera que hay alguna CAUSA que JUSTIFIQUE la VIOLENCIA?

- SÍ
 NO

Si la respuesta es SÍ, ¿CUAL es la causa? (marque sólo una respuesta)

- Defensa de las libertades Imposición de una determinada política La defensa, en caso de agresión
- Defensa derechos humanos La defensa de las propias ideas Otras causas
- Terrorismo

12. ¿Alguna vez ha sido INGRESADO en un centro o unidad PSIQUIÁTRICA en CONTRA de su VOLUNTAD?

- sí **¿Cuántas veces?** (en número)

¿MOTIVO/S? (Conteste, por favor, uno por uno)

- Depresión SÍ NO Epilepsia SÍ NO Consumo de drogas o alcohol SÍ NO

- Esquizofrenia SÍ NO Paranoia SÍ NO Oligofrenia (retraso mental) SÍ NO

- Trastorno Bipolar (Psicosis Maniaco-Depresiva) SÍ NO

- Trastorno de la personalidad SÍ NO No recuerda

- NO

Para terminar, unas cuantas preguntas sobre su **PERSONALIDAD**:

(Marque sólo una "cruz" en cada una de las preguntas)

	N	E	S
	SI	NO	
1.¿Le agrada mucho bullicio y agitación a su alrededor?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1
2.¿Tiene a usted menudo un sentimiento de desasosiego como si deseara algo pero sin saber qué?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	2
3.¿Tiene usted casi siempre una respuesta "a punto" cuando la gente le habla?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	3
4.¿Se siente usted unas veces triste y otras alegre, sin motivo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	4
5.¿Se queda usted apartado o aislado de los demás en fiestas o reuniones?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	5
6.¿Se siente algunas veces de mal humor?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	6
7.¿Es usted una persona caprichosa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	7
8.¿Le gusta a usted mezclarse con la gente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	8
9.¿A perdido usted a menudo horas de sueño, a causa de sus preocupaciones?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	9
10.¿Se llamaría a sí mismo una persona afortunada?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	10
11.¿Ocurre con frecuencia que toma usted sus decisiones demasiado tarde?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	11
12.¿Está siempre contento o satisfecho?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	12
13.¿Es usted activo y emprendedor?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	13
14.¿Se siente a menudo cansado e indiferente, sin ninguna razón para ello?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	14
15.¿Le agrada trabajar solo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	15
16.¿Se siente con frecuencia "harto" de todo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	16
17.¿Puede usted expresar rápidamente, en palabras, sus pensamientos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	17
18.¿Ríe usted algunas veces los chistes "verdes"?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	18
19.¿Se le va la imaginación con frecuencia cuando intenta prestar atención a alguna cosa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	19
20.¿Se siente a disgusto cuando no lleva sus ropas habituales?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	20
21.¿Está usted con frecuencia "en la luna"?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	21
22.¿Le agradan a usted las bromas entre amigos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	22
23.¿Está completamente libre de prejuicios de cualquier clase?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	23
24.¿Deja alguna vez para mañana lo que puede hacer hoy?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	24
25.¿Le gusta mucho comer bien?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	25
26.¿Piensa usted con frecuencia en su pasado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	26
27.¿Estaría dispuesto a vender objetos o a pedir dinero a la gente para una causa buena?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	27
28. Cuando está disgustado, ¿necesita algún amigo para contárselo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	28

N=	E=	S=
----	----	----

N	E	S
---	---	---

<u>SI</u>	<u>NO</u>
-----------	-----------

29. ¿Prefiere quedarse en casa a asistir a una fiesta o reunión aburrida? 29
30. ¿Alguna vez alardea de algo? 30
31. ¿Es usted quisquilloso en algunas cosas? 31
32. ¿Le gusta planear las cosas cuidadosamente y con mucho tiempo por delante? 32
33. ¿Se encuentra a veces tan intranquilo, que no puede permanecer sentado en una silla mucho rato? 33
34. ¿Hace usted las cosas solo, mejor que consultándolas con los demás? 34
35. ¿Tiene usted vértigos? 35
36. ¿Ha sentido usted en alguna ocasión deseos de no acudir al trabajo? 36
37. ¿Prefiere usted planear las cosas mejor que hacerlas? 37
38. ¿Cuándo recibe una carta la contesta usted tan pronto como puede? 38
39. Cuando hace nuevas amistades, ¿es normalmente usted quien da el primer paso o el primero que invita? 39
40. ¿Le falta a menudo la respiración, sin haber hecho un trabajo pesado? 40
41. ¿Piensa usted que, en general, las cosas se arreglan solas o que de algún modo se solucionarán? 41
42. ¿Ha sentido en alguna ocasión cierta envidia de un compañero más afortunado? 42
43. ¿Sufre usted de los nervios? 43
44. ¿Acostumbra usted a decir la primera cosa que se le ocurre? 44
45. ¿Se pone nervioso en lugares como ascensores, trenes o túneles? 45
46. Excepto con sus amigos muy íntimos, ¿suele ser muy reservado? 46
47. ¿Sufre usted dolores de cabeza o jaquecas muy fuertes? 47
48. ¿Ha bebido usted alguna vez algo más de lo que debiera? 48
49. ¿Le gusta gastar bromas y contar chistes a los amigos? 49
50. ¿Le cuesta conciliar el sueño por la noche? 50
51. ¿Se para usted a menudo a meditar y a analizar sus pensamientos y sentimientos? 51
52. ¿Se preocupa usted durante mucho tiempo después de haber sufrido una experiencia desagradable? 52
53. Aunque las circunstancias le sean adversas, ¿cree, sin embargo, que todavía vale la pena probar suerte? 53
54. ¿Su estado de humor cambia alguna vez? 54
55. ¿Se mete usted en líos con frecuencia, por hacer las cosas sin pensar? 55
56. ¿Le resulta a usted fácil tener que decir "no" a un vendedor, cuando éste le ofrece insistentemente algún nuevo artículo? 56
57. ¿Siente a menudo molestias digestivas frente a un hecho o situación importante? 57



N=	E=	S=
----	----	----

Anexo II:
Carta de Petición de Colaboración



Zaragoza, 4 de noviembre de 2004

CARTA A LA DIRECTORA DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS

Estimado señora:

Somos dos doctorandos del Departamento de Medicina Legal de la Universidad de Zaragoza, que estamos realizando la tesis doctoral bajo la dirección de la Dra. Dolores Serrat Moré. Nuestro trabajo estudia los distintos factores que influyen en la peligrosidad social e individual de los enfermos mentales y de otros colectivos desfavorecidos, como presos, delincuentes juveniles, ludópatas, toxicómanos, etc. Para tal fin hemos elaborado un cuestionario autoadministrado que pretende medir la variable objeto de investigación. Esta encuesta está siendo distribuida en unidades de hospitalización psiquiátrica de agudos, en centros de menores y en distintas asociaciones de ayuda a colectivos con problemas de drogas, alcohol y juego.

Nos dirigimos a usted para solicitarle el permiso correspondiente para distribuir los tests entre la población reclusa de todos los centros penitenciarios que jalonan la geografía española. La encuesta es anónima y tarda en responderse entre 20 y 25 minutos. Le adjuntamos un ejemplar para que pueda examinarla detenidamente.

Si le parece oportuno concedernos el permiso, una medida muy práctica sería designar a una persona como responsable que se encargara de distribuir la encuesta por grupos. Así, la cumplimentación y recogida de los cuestionarios se haría con más facilidad. También debería hacernos llegar el número de copias que, a su juicio, es factible que se contesten.

Tiene mucha importancia que el cuestionario llegue al mayor número posible de reclusos y a todos los grados penitenciarios.

En espera de sus noticias y, agradeciendo de antemano su colaboración, se despiden atentamente:

Dra. Ruth López Barrachina

Dr. Oscar Lafuente Casanova

Datos de contacto:

C/ Condes de Aragón 35, Edificio A, 4º A.
50009 ZARAGOZA
635 199 177 / 635 83 49 29
oscaruth@hotmail.com

Dra. Dolores Serrat Moré

Anexo II:
Respuesta de la D.G.I.I.P.P





MINISTERIO
DEL INTERIOR

DIRECCIÓN GENERAL
DE INSTITUCIONES
PENITENCIARIAS

GABINETE TÉCNICO

O F I C I O

S/REF. 5-241
N/REF.
FECHA 26 de abril de 2005
ASUNTO

Doctores:
SRA. D^a. RUTH LOPEZ BARRACHINA
SR. OSCAR LAFUENTE CASANOVA

HOSPITAL CLINICO "LOZANO BLESA"
Avda. San Juan Bosco, 15
50009-ZARAGOZA

En contestación a su escrito de fecha 22 de marzo sobre solicitud de autorización para distribuir una encuesta entre internos, al objeto de llevar a cabo una investigación sobre **"los distintos factores que influyen en la peligrosidad social e individual de los enfermos mentales y de otros colectivos desfavorecidos como presos, delincuentes juveniles, ludópatas, toxicómanos, etc"**, en su calidad de doctorandos en Medicina Legal por la Universidad de Zaragoza, le comunico que se autoriza lo solicitado en el centro Penitenciario de Daroca, con las siguientes condiciones:

1º.- La autorización tendrá validez hasta el 31 de diciembre de 2005. Si fuera necesario su prolongación, deberá tramitar una nueva solicitud justificando las causas de su continuidad.

2º.- La selección de los internos, compaginará los criterios de la investigación con las limitaciones penitenciarias. En cualquier caso, la colaboración de los mismos será voluntaria, informándoles personalmente de los objetivos de la investigación de manera suficiente, para que su participación sea realmente libre. De esta circunstancia deberá quedar nota escrita en el centro.

3º.- La investigación garantizará en todo caso la intimidad protegida en el artículo 18.1 de la Constitución, evitando la correspondencia de los datos obtenidos y sus titulares. Igualmente deberá respetarse lo previsto en los artículos 4.2.b y 211 del Reglamento Penitenciario.

4º.- La Dirección del Centro Penitenciario, como garante de la especial situación jurídica de los internos, deberá aprobar antes su realización:

- El modelo escrito de consentimiento del interno.
- La información que se va a facilitar al interno, a fin de obtener su voluntaria participación.
- Cualquier cambio sustancial que se vaya a producir en el desarrollo de la investigación.

5º.- De los estudios realizados deberá facilitar copia a esta Dirección General para valoración conjunta antes de realizar cualquier publicación o explotación pública de los datos o resultados obtenidos. Tampoco deberá facilitar datos a terceros sin autorización de este centro directivo.

6º.- La dirección del centro fijará las condiciones para que las actividades derivadas de la autorización se desarrolle adecuadamente sin perturbar el desarrollo de los servicios, pero prestando la colaboración necesaria para el desarrollo de la actividad.

CORREO ELECTRÓNICO

gt@dgip.mir.es

H:\GRPIS\GGTAS\Ana Cristina Marcos\INVESTIGACIONES.COM
INTERNOS\invest.doctores.zaragoza.doc

ALCALÁ, 38
28014 MADRID
TEL.: 91 335 4964
FAX.: 91 335 4050

Anexo N:
Cartel de Publicidad de la Encuesta



ENCUESTA de la "FACULTAD de MEDICINA"

¡UN POQUITO DE POR FAVOR!
 A PARTIR DEL MARTES 23 DE AGOSTO,
 Y DURANTE DOS MESES,
 DOS INVESTIGADORES DE LA
 FACULTAD DE MEDICINA VENDRÁN AL
 CENTRO A PASAR UNA ENCUESTA.

PUEDEN RESPONDER
 A LA ENCUESTA
 (QUE ES ANÓNIMA)
 TODOS LOS INTERNOS/AS
 QUE LO DESEEN.



CORRE LA VOZ, PEPE:
 A CADA PERSONA QUE
 RELLENE LA ENCUESTA
 SE LE GRATIFICARÁ CON
 UN PEQUEÑO OBSEQUIO.

¡CÓMO MOLA, LOLA!



PARA CUALQUIER
 INFORMACIÓN ADICIONAL,
 CONSULTAR CON EL
 DR. JOSÉ MANUEL ARROYO





“FACTORES que INFLUYEN en la PELIGROSIDAD SOCIAL e INDIVIDUAL de los ENFERMOS MENTALES y de OTROS COLECTIVOS DESFAVORECIDOS (presos, delincuentes juveniles, ludópatas, toxicómanos...)”

Investigadores: Dra. Ruth López – Barrachina (Nº de Colegiado: 5013447)
Dr. Oscar Lafuente Casanova (Nº de Colegiado: 5013669)

Directora de la Tesis: Dra. Dolores Serrat Moré (Profesora Titular de Medicina Legal)

“La violencia es un problema importante para nuestra sociedad. Tradicionalmente se ha creído que ciertos colectivos desfavorecidos (enfermos mentales, presos, delincuentes juveniles, ludópatas, toxicómanos), por sus particulares circunstancias, son más peligrosos (no sólo contra otros individuos, si no también hacia sí mismos) que el resto de la sociedad. Por ello se han tratado de identificar los factores relacionados con este tema.

Esta investigación tiene como objetivo comprobar hasta qué punto esta afirmación es cierta. El método utilizado es la cumplimentación de una encuesta que recoge las principales variables implicadas como factores de riesgo.”

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre y apellidos del participante:
Código: Z- _ _ _

Lea atentamente los siguientes puntos antes de participar en este proyecto. Después, los investigadores estarán a su disposición para responder a todas las dudas que le hayan surgido.

1. He comprendido el propósito y la metodología del estudio, que están definidos al comienzo de este formulario.
2. La colaboración en este estudio es totalmente VOLUNTARIA.
3. Puedo ABANDONAR la investigación en cualquier momento y RETIRAR todos los datos que haya suministrado.
4. Los investigadores en ningún momento conocerán el nombre y apellidos del participante, puesto que se trata de una encuesta ANÓNIMA. La identidad de los sujetos del estudio estará únicamente en poder de la institución penitenciaria.
5. Los datos obtenidos de la evaluación de las encuestas serán utilizados exclusivamente para fines académicos (realización de Tesis Doctoral) y científicos. Por lo tanto, los investigadores aseguran la CONFIDENCIALIDAD de la información obtenida.

Acepto participar en este proyecto, y para que así conste, firmo este documento en Zuera, el día ___ del mes de _____ de 200_:

FIRMA del PARTICIPANTE:

FIRMA de los INVESTIGADORES:

Anexo VI:
Validación de Preguntas y Escalas
de la Encuesta



1. Datos Personales:

- Sexo: Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS). Estudio 2.528. Barómetro de Junio 2003.
- Edad: Se ha recogido como variable continua. Proyecto Activa 1999. Estudio Multicéntrico. Actitudes y normas culturales frente a la violencia en ciudades seleccionadas de América Latina y España. Organización Panamericana de la Salud.
- Estado Civil: CIS. Estudio 2.552. Actitudes y opiniones de las mujeres ante los hijos y la crianza. Diciembre 2003.
- Hijos: CIS. Estudio 2.556. Barómetro de Febrero 2004.
- Situación social (lugar de residencia): Diseño de la encuesta a enfermos VIH/SIDA en régimen ambulatorio/hospitalizado del INSALUD. Diciembre 1997.
- Nacionalidad: Cuestionario de la Encuesta de Población Activa. 2002.
- Nivel de estudios: CIS. Estudio 2.528. Barómetro de Junio 2003.
- Lugar donde estudió: CIS. Estudio 2.452. Barómetro de Marzo 2002.
- Calificaciones en sus estudios: BOE 12 de Julio de 2003 para enseñanza 1ª y 2ª. BOE 5 de Septiembre de 2003 para estudios universitarios.
- Coeficiente Intelectual: Escala Wechsler de Inteligencia para Adultos-Forma Revisada (WAIS-R).1981.
- Profesión: CIS. Estudio 2.528. Barómetro de Junio 2003.
- Ingresos Mensuales: CIS. Estudio 2.529. Familia y género. Junio 2003.
- Situación Laboral: CIS. Estudio 2.457. Barómetro de Mayo 2002.
- Religión: CIS. Estudio 2.529. Familia y género. Junio 2003.
- Antecedentes Personales y Familiares de Enfermedad Mental (Adaptada de Cuadernos Asturianos de Salud. Número 9. Salud mental en población sin hogar. Estudio epidemiológico en albergues para transeúntes de Gijón (Asturias). Vega González, Luis Santiago. Oviedo 1996, SESPA (Servicio de Publicaciones del Principado de Asturias),
- Asistencia a Urgencias de Psiquiatría, Adaptada de Cuadernos Asturianos de Salud. Número 9. Salud mental en población sin hogar. Estudio epidemiológico en albergues para

transeúntes de Gijón (Asturias). Vega González, Luis Santiago. Oviedo 1996, SESPA (Servicio de Publicaciones del Principado de Asturias).

- Hospitalizaciones por motivos de Salud Mental, Modificada de CIS. Estudio 2.467. Barómetro sanitario (segunda oleada) Octubre 2002.
- En Tratamiento Actual por problemas de Salud Mental, Cuadernos Asturianos de Salud. Número 9. Salud mental en población sin hogar. Estudio epidemiológico en albergues para transeúntes de Gijón (Asturias). Vega González, Luis Santiago. Oviedo 1996, SESPA (Servicio de Publicaciones del Principado de Asturias).
- Deportes de Riesgo, CIS. Estudio 2.397. Los hábitos deportivos de los españoles. Septiembre 2000.

2. Riesgo de Suicidio y Trastornos de la Personalidad:

- Escala de Desesperanza de Beck (Riesgo de Suicidio): Bas F, Andres V. Estudio de resultados de 21 sujetos depresivos tratados con Terapia-Cognitivo-Conductual. Congreso Internacional de Diagnóstico y Clasificación de las Depresiones, Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid. 1986.
- Cuestionario abreviado de evaluación, versión DSM – IV del Examen Internacional de Trastornos de la Personalidad, Validación española: Lopez Ibor Aliño JJ, Perez Urdaniz A, Rubio Larrosa V. IPDE. International Personality Disorder Examination. Madrid: Meditor, 1996.

3. Expediente Judicial:

- **Preguntas Nº 1, 2, 3, 4, 5, 6:** Índice Europeo de Gravedad de la Adicción (EuropASI): Situación Legal. A. Kokkevi, C.Hartgers. *European adaptation of a multidimensional assessment instrument for drug and alcohol dependence*. Eur Addict Res 1995; 1: 208-210.
- **Pregunta Nº 7:** Rios Martin, Julian. Cabrera Cabrera, Pedro José. *Mil voces presas*. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas, 1998.
- **Pregunta Nº 8:** Barañí, Equipo (2000), *INFORME BARAÑÍ. Mujeres gitanas y Sistema Penal*. Iniciativa DAPHNE de la Comisión Europea. Madrid.
- **Pregunta Nº 9, 11, 12:** Reglamento Penitenciario Español, RD 190/1996 de 9 de febrero. Título VIII: De la Libertad Condicional y los Beneficios Penitenciarios.

- **Pregunta Nº 10:** Reglamento Penitenciario Español, RD 190/1996 de 9 de febrero. Título X: Del Régimen Penitenciario y de las Recompensas (Capítulo II: Determinación de las Sanciones).
- **Pregunta Nº 13:** página web de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias (Ministerio del Interior). <http://www.mir.es/instpeni/>.
- **Pregunta Nº 14:** El trabajo de los presos dentro de las cárceles. Angel ELÍAS ORTEGA. En: Cárcel, drogas y SIDA. Trabajo social frente al sistema penal. Vitoria-Gasteiz, Salhaketa, 2000, pp 37-86.
- **Pregunta Nº 15:** Índice Europeo de Gravedad de la Adicción (EuropASI): Historia Familiar. A. Kokkevi, C.Hartgers. *European adaptation of a multidimensional assessment instrument for drug and alcohol dependence*. Eur Addict Res 1995; 1: 208-210.
- **Pregunta Nº 16:** Índice Europeo de Gravedad de la Adicción (EuropASI): Situación Legal. A. Kokkevi, C.Hartgers. *European adaptation of a multidimensional assessment instrument for drug and alcohol dependence*. Eur Addict Res 1995; 1: 208-210.

4. **Medida de las Conductas Impulsivas y Violentas:**

- Escala de Impulsividad de Plutchick: Rubio G, Montero I, Jáuregui J, Martínez M L, Alvarez S, Marín J J, Santo – Domingo J. Validación de la Escala de Impulsividad de Plutchick en población española. Arch Neurobiol (Madr) 1998; 61(3): 223 – 232.
- Escala de Riesgo de Violencia de Plutchick: Rubio G, Montero I, Jáuregui J, Salvador M, Marín J J, Santo – Domingo J. Validación de la Escala de Riesgo de Violencia de Plutchick en población española. Arch Neurobiol (Madr) 1998; 61(4): 307 – 316.

5. **Predictores de Peligrosidad:**

- Adicción a Drogas (tipo de droga, consumo actual, tiempo de consumo, edad de inicio en el hábito tóxico, en programa de desintoxicación, veces que ha intentado desengancharse) Modificada de CIS. Estudio 2.475. Sondeo sobre la juventud española (cuarta oleada). Diciembre 2002,

- Consumo de Alcohol, Validación española: Rodríguez-Martos A, Navarro R, Vecino C, Pérez R. Validación de los cuestionarios KFA (CBA) y CAGE para diagnóstico del alcoholismo. *Drogalcohol* 1986; 11: 132-139. Además, se ha añadido una quinta pregunta sobre la edad de comienzo en el consumo. Ésta se ha sacado del CIS, Estudio 2.475, Sondeo sobre la Juventud Española (cuarta oleada) de diciembre de 2002.
- Hábito de Juego (tipo de juego, tiempo de ludopatía), Fernández – Montalvo J, Echeburúa E, Báez C. Cuestionario breve de juego patológico (CBJA): un nuevo instrumento de screening. *Análisis y modificación de conducta* 1995;21:211-23. Se han incluido los tipos más frecuentes de juego en España: Moreno Oliver, I. Saíz Ruiz, J. López – Ibor Aliño, JJ. Aspectos Clínicos y Evolutivos de la Ludopatía. I Congreso Virtual de Psiquiatría 1 de febrero – 15 de marzo 2000. También se ha tenido en cuenta la información del “Proyecto de Investigación sobre Ludopatía”: Universidad de Zaragoza, Gobierno de Aragón y AZAJER (Asociación Aragonesa de Jugadores Rehabilitados).
- Historial de Maltrato (físico, emocional y sexual y persona que ha ejercido el abuso) actual y en la infancia (Índice Europeo de Gravedad de la Adicción (EuropASI): Relaciones Familiares/Sociales. A. Kokkevi, C.Hartgers. *European adaptation of a multidimensional assessment instrument for drug and alcohol dependence*. *Eur Addict Res* 1995; 1: 208-210),
- Abandono a su propio cuidado por parte de los padres, Tatuajes (nº y temática) (Fernando Alvarez- Uría. Departamento de Sociología de la facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid. Abril 2002. Información sobre los principales temas de los tatuajes: Karina Donángelo. “El lenguaje de los presos en la piel. Mi tatuaje me condena”. *Revista Digital de Cultura*. Sitio al Margen (página web: <http://www.almargen.com.ar/sitio/seccion/cultura/cultura.htm>),
- Pertenencia a Asociaciones o Grupos no admitidos socialmente (Modificada de CIS. Estudio 2.475. Sondeo sobre la juventud española (cuarta oleada). Diciembre 2002),
- Estructura Familiar en la infancia (*Informe sobre la situación de la familia en España*. Madrid 1995: Ministerio de Asuntos Sociales. (Serie Estudios; núm. 24),

- Posesión de Armas de Fuego y razón para tenerlas (Proyecto Activa 1999. Estudio Multicéntrico. Actitudes y normas culturales frente a la violencia en ciudades seleccionadas de América Latina y España. Organización Panamericana de la Salud),
- Causas que Justifiquen la Violencia (CIS. Estudio 2.482. Sondeo sobre la juventud española (primera oleada). Marzo 2003),
- Ingresos involuntarios en centros o unidades psiquiátricas (Estudio europeo sobre las necesidades familiares de enfermos mentales. Informe de resultados para España. Febrero de 1995, FEALES (Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Enfermos Mentales. Las categorías de los motivos de ingreso añadidas se corresponden a las usadas en la pregunta de principales patologías psiquiátricas, de la sección de Datos Personales),
- Conductas Agresivas contra la Pareja (Proyecto Activa 1999. Estudio Multicéntrico. Actitudes y normas culturales frente a la violencia en ciudades seleccionadas de América Latina y España. Organización Panamericana de la Salud. En este importante proyecto multicéntrico, en el que participan diversos países de Sudamérica y también España (concretamente la ciudad de Madrid), las respuestas están categorizadas aunque se pregunte con qué frecuencia se maltrata),
- Conductas Sexuales de Riesgo, Violencia Autoinfligida (suicidios y autolesiones) (Índice Europeo de Gravedad de la Adicción (EuropASI): Estado Psiquiátrico. A. Kokkevi, C.Hartgers. European adaptation of a multidimensional assessment instrument for drug and alcohol dependence. Eur Addict Res 1995; 1: 208-210. Autolesiones En Pacientes Con Discapacidades Psíquicas (I) (Definición, Incidencia Y Teorías Etiológicas) por Misericordia Morales. Página web del portal “Psicocentro. El mundo de la Psicología”: http://www.psicocentro.com/cgi-bin/articulo_s.asp?texto=art1A001).

6. Personalidad.

- Inventario de Personalidad de Eysenck: Sánchez M, Cuadras C. Adaptación española del Cuestionario EPI de Eysenck. Anuario de Psicología, Departamento de Psicología, Universidad de Barcelona, 1972 (1), 6, 31 – 59.

