



**UNIVERSIDAD DE VALLADOLID**

**FACULTAD DE DERECHO**

**CURSO DE ADAPTACIÓN AL GRADO EN CRIMINOLOGÍA**

**TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD  
Y CONDUCTA DELICTIVA**

**AUTOR**

**ANTONIO JUAN RUIZ MORALES**

**TUTOR**

**JOSÉ LUÍS RODRÍGUEZ SÁEZ**

**VALLADOLID, JUNIO 2017**



**UNIVERSIDAD DE VALLADOLID**

**FACULTAD DE DERECHO**

**CURSO DE ADAPTACIÓN AL GRADO EN CRIMINOLOGÍA**

**TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD  
Y CONDUCTA DELICTIVA**

**AUTOR**

**ANTONIO JUAN RUIZ MORALES**

**TUTOR**

**JOSÉ LUÍS RODRÍGUEZ SÁEZ**

**VALLADOLID, JUNIO 2017**

## ÍNDICE

**RESUMEN**..... 4

**ABREVIATURAS** ..... 6

### Fundamentos teóricos generales

## CAPÍTULO I. CONCEPTUALIZACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y SU RELACIÓN CON LA DELINCUENCIA

1.1 Introducción ..... 8

1.2 Teorías explicativas de la personalidad y su relación con el comportamiento delictivo ..... 19

    1.2.1 Teorías biológicas ..... 22

    1.2.2 Teorías criminológicas ..... 24

    1.2.3 Teorías psicológicas ..... 29

        1.2.3.1 Modelo psicodinámico ..... 29

        1.2.3.2. Teoría estructural de la personalidad de Eysenck ..... 30

        1.2.3.3 Teoría de los “Big Five”, de Costas y Mc Crae ..... 30

        1.2.3.4 Teoría de las personalidades antisociales de Lykken ..... 31

    1.2.4 Teorías integradoras ..... 32

        1.2.4.1 Modelo de los 7 factores de Cloninger ..... 34

        1.2.4.2 Teoría del autocontrol o teoría general de la delincuencia ..... 35

1.3 Resumen Capítulo I ..... 37

## CAPÍTULO II. PREVALENCIA DE LOS TP

2.1 Trastornos de personalidad e implicación delictiva..... 38

    2.1.1 Prevalencia y factores de riesgo ..... 38

    2.1.2 Delitos asociados a condenados con trastornos de personalidad. Tipología delictiva..... 46

2.2 Resumen Capítulo II ..... 57

## **CAPÍTULO III. MEDIDAS DE SEGURIDAD E INTERVENCIÓN TERAPÉUTICAS**

|   |    |
|---|----|
| 3.1 Medidas de seguridad, aspectos generales .....                      | 58 |
| 3.1.1 Tipos de medidas de seguridad .....                               | 62 |
| 3.1.2 Ejecución de las medidas de seguridad .....                       | 65 |
| 3.1.3 Recursos y programas especializados en España .....               | 71 |
| 3.1.3.1 Recursos en Centros Penitenciarios.....                         | 72 |
| 3.1.3.2 Centros Educativos Especiales para penados discapacitados. .... | 79 |
| 3.2. Resumen Capítulo III .....   | 87 |
| <b>CAPÍTULO IV. CONCLUSIONES</b> .....                                  | 88 |

|                           |    |
|---------------------------|----|
| <b>BIBLIOGRAFÍA</b> ..... | 90 |
|---------------------------|----|

*Desde estas formulaciones filosóficas se consideró que el hombre es un reflejo en pequeña escala de la naturaleza (“microcosmos”) y, por lo tanto, está compuesto por los mismos cuatro elementos que el resto de las cosas. Cada uno de estos elementos es responsable del nivel corporal de uno de los fluidos (sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema), los cuales poseen una característica primordial (cálido y húmedo, frío y seco, cálido y seco, frío y húmedo, respectivamente) dando lugar a un tipo de temperamento según el humor predominante (sanguíneo, flemático, colérico y melancólico) (Pelechano, 2000).*

## RESUMEN

Los trastornos de personalidad supone la exteriorización de los procesos desadaptativos y poco flexibles de los rasgos individuales de las personas que las padecen. Estos trastornos pueden afectar en mayor o menor medida a la capacidad de cognición, a las emociones, motivaciones, a la forma en la que estos sujetos se relacionan y reaccionan con su entorno en general y en casi cualquier situación.

Sin embargo debemos alejarnos de cualquier afirmación que equipare el trastorno de personalidad con delincuencia y en ello se ha insistido en este trabajo.

La anterior afirmación deben mantenerse aun cuando es previsible que dichas conductas acaben colisionando con el entorno social y cultural.

Cuando este choque se encuentre descrito y recogido en un texto legal, es decir se encuentre tipificado en un marco penal, las repercusiones para el sujeto no se harán esperar. Sin embargo la aplicación de la medida prevista al caso puede suponer un punto de inflexión en la apuesta por la recuperación del sujeto para la sociedad, ya que según sean consideradas las circunstancias que rodeó al hecho y al autor, en particular su capacidad cognitiva y su capacidad volitiva en el momento de la comisión del hecho, ambas plasmadas en el concepto imputabilidad/inimputabilidad, éste recibirá una condena o una medida de seguridad acorde.

Ésto que podría parecer sencillo acaba sin embargo en un callejón con una sola salida en la mayoría de los casos y en parte se debe a la controversia científica que rodea a los trastornos de personalidad y que se mantiene inseparable a lo largo de la historia y no parece que vaya a cambiar al corto plazo.

Si bien los trastornos de personalidad se hallan recogidos en las nosologías vigentes, no se escapa que aun es necesario una mayor homogenización y claridad conceptual que ayude al profesional de la psicología/psiquiatría en su tarea como perito a la hora de asesorar al órgano judicial. Un ejemplo podría ser la psicopatía. Aún no tiene el reconocimiento por parte de la OMS y de la APA, si bien son innumerables los estudios y resultados que la reconocen como una alteración de la personalidad con entidad suficiente para entrar en las nosologías vigentes.

En consecuencia con lo anterior, el presente trabajo ha tenido como principal objetivo alcanzar un mayor conocimiento sobre los trastornos de personalidad cuando se encuentre en un contexto jurídico penal ordinario, contrastar las respuestas que de dichos órganos judiciales dimanen en forma de pena y en particular en lo que a las medidas de seguridad se refiere. Conocer los recursos disponibles para aquellos que siendo imputables o inimputables son sometidos a pena o medida de seguridad, de lo que se extrae el número insuficiente de centros adecuados y la falta de idoneidad de algunos otros por

encontrarse dentro de instituciones penitenciarias ordinarias.

En cuanto a las fuentes referidas a los datos recogidos, se ha acudido a trabajos doctorales basados en el estudio de sentencias de interés para el presente trabajo, estadísticas oficiales del Ministerio del Interior, en particular a la Secretaria General de Instituciones penitenciarias, así como a distinta literatura escrita y electrónica en formato libro, revista, artículo científico y/o periodístico.

En cuanto a los resultados observados podemos afirmar que la prevalencia de los diferentes tipos de trastorno de la personalidad coinciden en que los rasgos antisociales, límites, paranoides, narcisista son las características mas frecuentes en las muestras forenses. Que los hombres son mayoría en cuanto a trastornos de la personalidad en causas delictivas.

Por último señalar que, se espera que los avances en el campo de la neuroimagen y genética aporten un conocimiento mas exacto acerca de la etiología y tratamiento preventivo así como de la intervención para con estas personas, facilitando la labor de jueces y tribunales.

## **PALABRAS CLAVES**

Capacidad cognitiva y su capacidad volitiva, comorbilidad, imputabilidad, inimputabilidad, medidas de seguridad, prevalencia.

## **ABREVIATURAS**

**APA:** American Psychiatric Association o Asociación Americana de Psiquiatría

**admo.** Administración

**CIE:** Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud de la OMS

**CP:** Código Penal

**CP:** Centro penitenciario

**DSM:** Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la APA

**EFPA:** Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos

**LEcr:** Ley de Enjuiciamiento

**LO:** Ley Orgánica OMS Organización Mundial de la Salud

**Núm:** Número

**Pág/pág:** página/página

**SAP:** Sentencia de la Audiencia Provincial

**STS:** Sentencia del Tribunal Supremo

**STSJ:** Sentencia del Tribunal Superior de Justicia

**TAP:** Trastorno Antisocial de la Personalidad

**TEP:** Trastorno Esquizoide de la Personalidad

**TETP:** Trastorno Esquizotípico de la Personalidad

**THP:** Trastorno Histriónico de la Personalidad

**TLP:** Trastorno Límite de la Personalidad

**TNP:** Trastorno Narcisista de la Personalidad

**TOCP:** Trastorno Obsesivo-Compulsivo de la Personalidad

**TP:** Trastorno o Trastornos de la Personalidad

**TPD:** Trastorno de la Personalidad por Dependencia o Dependiente

**TPE:** Trastorno de la Personalidad por Evitación o Evitativo

**TPP:** Trastorno Paranoide de la Personalidad

**Tras. :** Trastorno.



## CAPITULO 1

# CONCEPTUALIZACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y SU RELACIÓN CON LA DELINCUENCIA.

### 1.1 Introducción

A lo largo de mi carrera profesional me ha llamado la atención, al igual que a muchos de mis compañeros, la aparente relación que creía ver entre la persona que tenía delante (ya fuera esta una víctima o un presunto delincuente) y el asunto que me/nos había llevado hasta allí. Se buscan “señales” que orienten hacia una u otra dirección en un intento de encontrar la verdad. En general tendemos a clasificar a las personas implicadas por lo que nos cuentan sobre ella, rescatando prejuicios, estereotipos, clichés, incluso aplicando los “conocimientos y conceptos” filmográficos que el cine, la televisión y la literatura nos ha proporcionado al imaginario colectivo. Recuerdo como después de ver la película “ El silencio de los corderos” no había amigo que no se creyese capaz de distinguir a un psicópata del resto de la población y de hecho el término “psicópata” se incorporó al vocabulario de la calle. Incluso en esta anécdota queda reflejada la confusión terminológica. En el libro “El silencio de los corderos”, Thomas Harris describe a Hannibal Lecter como un «sociópata puro», pero el guionista de la película prefiere llamarlo «psicópata puro»<sup>1</sup>

A medida que la carrera profesional avanza, los pseudo conocimientos acerca de los trastornos de personalidad y su relación con la delincuencia se han mostrado carente de base científica y generalmente apoyadas en consideraciones preconcebidas, en la intuición y primeras impresiones (algo nada desdeñable). La mayoría de la población tiende a considerar que la conducta delictiva de un sujeto imputado o investigado después de la última reforma de la Ley de Enjuiciamiento Criminal, no es mas que una expresión o reflejo de la psicopatología particular del mismo (caso de evidenciarse claramente alguna anomalía o alteración psíquica), y que si lo estudiamos y analizamos la conducta delictiva revelará aspectos de la personalidad del autor. Es un juicio reduccionista del que debemos huir.

En todos estos años he visto sentenciar a penas de prisión a personas que podrían haber sido declaradas inimputable, o cuanto menos se podrían haber acogido a una responsabilidad penal atenuada merecedoras eso si, de una medida de seguridad apropiada a la etiología de su desviación social, en lugar de una temporada encerradas en la cárcel lugar donde no iban a encontrar tratamiento adecuado para corregir su conducta, tal vez todo lo contrario. Esta confusión terminológica o conceptual no queda restringida al ámbito de la población en general

---

<sup>1</sup> HARE, Robert, *Sin conciencia*, pág. 44, Paidós, 2016

sino que alcanza a las fuentes mismas de la psicología y la psiquiatría, quedando afectadas el resto de ciencias con las que interactúa.

A modo de ejemplo podemos decir que el término “psicopatía” no se hallaba recogido en los manuales diagnósticos de las enfermedades mentales ni ha sido incluido en el DSM-5, sino que representa una entidad compleja que incluye rasgos caracteriales, emocionales y conductuales propios. Si bien es cierto que el término “psicopatía” frecuentemente es equiparado con el trastorno antisocial de personalidad (DSM-IV-TR) o trastorno disocial (CIE-10), no todos los individuos con dicho trastorno cumplen los criterios establecidos a través del PCL-R de Hare para el diagnóstico de la psicopatía y mucho menos aún este término puede englobar el conjunto de cuadros comprendidos dentro de los llamados Trastornos de Personalidad.

El objetivo del presente trabajo es estudiar la relación existente entre la delincuencia y aquellos que presentan trastornos de personalidad.

Como podemos imaginar, el concepto jurídico del delincuente ha evolucionado desde Lombroso nuestros días (no siempre a mejor, ej. Ley de vagos y maleantes de 4 de agosto de 1933, ley del código penal español referente al tratamiento de cualquier elemento considerado antisocial y modificada para reprimir también a los homosexuales, Leyes de Nuremberg, Alemania, 15 de septiembre 1935, leyes de carácter racista y antisemita ).

También el término Trastorno de Personalidad ha ido evolucionando desde 1907 fecha en la que Emil Kraepelin acuña el término “personalidad psicopática”<sup>2</sup> diferenciándola de la psicosis (Velasco, 1995; Jiménez, 2006) y 1915 en la edición de su famoso manual de psiquiatría, introdujo el término Personalidad Psicopática, que, estaba acorde con las directrices imperantes en la Alemania de aquel tiempo, adquirió las connotaciones de ser una patología heredo- degenerativa de raíces biológicas y aprovechadas por las tesis germanistas. Esa fue la concepción dominante mientras duró el liderazgo alemán de la psiquiatría, y el personaje que mejor la ilustraba era el delincuente inmoral o amoral, que acababa su vida en la cárcel o en el manicomio.

Hoy en día nada tiene que ver el juicio clínico que el doctor Andrei Efmich hizo al bueno de Ivan Dmtrich<sup>3</sup> .

---

<sup>2</sup> KRAEPELIN, Emil, *Psiquiatría*, 1883, cit. por CARRASCO GÓMEZ, Juan J., y MAZA MARTÍN, José M., *Manual de Psiquiatría Legal y Forense*, 2a ed., La Ley, Madrid, 2003, p. 1307. El autor citado realiza una clasificación de las enfermedades mentales e introduce el término de “personalidad psicopática”

<sup>3</sup> CHEJOV, Anton P. *La habitación 6*, Biblioteca Básica de Salvat, 1982

Un ejemplo de la controversia que rodea a estos sujetos queda retratada en *M*, el vampiro de Dusseldorf, la película de Fritz Lang. Pedófilo y asesino en serie que aterroriza a la ciudad alemana y a la vez perjudica al hampa ya que debido a la alarma social creada la policía está interfiriendo en sus actividades. Éstos deciden darle caza y “hacer justicia” en una siniestra farsa de lo que luego sería la justicia nazi. La interpretación de Peter Lorre muestra la paradoja del psicópata, a la vez víctima y verdugo. Posteriormente, en 1923 Schenider definiría los trastornos de personalidad (“psicopatías” o “carectopías”) como personalidades anormales que por su anormalidad sufren o hacen sufrir”, y dio entidad a las distintas patologías diferenciándolas y delimitándolas entre si, lo que supone el antecedente de la actual clasificación categorial.

García Andrade (1994) <sup>4</sup> cita a Schenider para atribuirle el mérito de separarse de las teorías moralizadoras para el estudio de los psicópatas (trastornos de la personalidad), obviando las consideraciones morales y éticas para explorar científicamente y describir al psicópata bajo un criterio clínico y psicológico, señalando a la psicopatía como una anomalía del carácter que debía estar separada de la neurosis. González Guerrero (2012) <sup>5</sup> cita a García Andrade cuando éste se refiere a los trastornos de la personalidad en cuanto que difieren de otros en el hecho de que las manifestaciones psicopatológicas no aparecen en forma de alteraciones burdas y regresivas en el afecto, la conducta o el pensamiento, como ocurre en la psicosis, ni en forma de defensa psicológicas fijas, características propias del neurótico.

Para Cardenal, Sánchez, Ortiz-Tallo (2007)<sup>6</sup> en su forma actual, puede decirse que la teoría de Theodore Millon es la teoría de la personalidad más comprehensiva que se ha desarrollado nunca. Esta frase no pertenece a la solapa de ningún libro o test de Millon. Por supuesto, su autor no es tampoco el propio Millon. Fue escrita en 1999, en las páginas del *Journal of Personality Assessment*, que dedicaba un número monográfico a la evolución del modelo en los 30 años anteriores a esa publicación, mediante el análisis de distintos autores que conocían y habían utilizado el modelo y los instrumentos de medida de la personalidad derivados de él. Aspectos fundamentales y significativos para el Modelo de Millon son la utilización de una perspectiva teórica integradora, la insistencia en el continuo normalidad/ patología y la incorporación a su modelo de los principios de la Teoría de la evolución,

---

<sup>4</sup> GARCÍA ANDRADE, José A., *Psiquiatría Criminal y Forense*, Ed. Cera, Madrid, 1993, p. 14

<sup>5</sup> GONZÁLEZ GUERREO, Laura. *Trastornos de la personalidad : influencia sobre la conducta delictiva y repercusiones forenses en la jurisdicción penal*. Madrid: Universidad Complutense, 2011

<sup>6</sup> CARDENAL Violeta, SÁNCHEZ M.<sup>a</sup> Pilar, ORTIZ-TALLO Margarita. *Los trastornos de personalidad según el modelo de Millon: una propuesta integradora*. Clínica y Salud [Internet]. 2007 Dic : 305-324. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1130-52742007000300004&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742007000300004&lng=es).

otros se adquieren mas tarde, a lo largo de la vida.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1992), incluye los trastornos de la personalidad en su clasificación de enfermedades mentales (CIE-10) y los describe como “diversas alteraciones y modos de comportamiento que tienen relevancia clínica por sí mismos, que tienden a ser persistentes y son la expresión de un estilo de vida y de la manera característica que el individuo tiene de relacionarse consigo mismo y con los demás. Estas alteraciones aparecen en estadios precoces del desarrollo del sujeto, como resultado tanto de factores constitucionales como de las experiencias vividas, mientras que

Representan desviaciones extremas o al menos significativas, del modo como el individuo normal de una cultura concreta percibe, piensa, siente y se relaciona con los demás. Tiende a ser estables y abarca aspectos múltiples de las funciones psicológicas y del comportamiento. Con frecuencia, aunque no siempre, se acompañan de grados de tensión subjetiva y de dificultades de adaptación social”. Si bien existen un alto grado de convergencia entre ambas fuentes (APA y OMS), también mantienen diferencias (véase tabla 1.1).

Las nosologías diagnósticas (DSM-IV-TR, CIE-10) describían hasta la publicación del Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) las características de los trastornos de la personalidad (véase tabla 1.1), haciendo prevalecer una clasificación categorial. La definición propuesta por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2002), y tal como se recoge en el manual diagnóstico DSM-IV- TR, *“un trastorno de personalidad es un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tiene su inicio en la adolescencia o principio de edad adulta, es estable en el tiempo y comporta malestar o perjuicios para el sujeto”*.

En el actual DSM-5 dice que: *“ Un trastorno de la personalidad es un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto; se trata de un fenómeno generalizado y poco flexible, estable en el tiempo, que tiene su inicio en la adolescencia o en la edad adulta temprana y que da lugar a un malestar o deterioro. La diferencia mas llamativa que podemos ver es la desaparición del término “inflexible” sustituido por “poco flexible”*.

Tenemos por tanto varios elementos que configuran el TP. Por un lado la definición habla de “patrón”, y podemos entender por tal al conjunto de características, de emociones, sentimientos y pensamientos ligados al comportamiento, es decir, los sentimientos, actitudes, pensamientos, sentimientos, hábitos así como la conducta de cada individuo.

Por otro lado encontramos la referencia a la temporalidad, a la estacionalidad de la sintomatología en la persona la cual nos dice que es permanente, , que persiste a lo largo del tiempo y se evidencia en distintas situaciones y entornos. Que además su origen no es reciente, salvo excepciones

(postraumático, lesiones físicas por traumas), tiene el inicio de la adolescencia o edad temprana.

El DSM-5 señala los aspectos culturales como factor para poder contextualizar a los trastornos mentales ya que los mismo se definen en relación a las normas y valores culturales, sociales y familiares. La cultura proporciona marcos interpretativos que dan forma a la experiencia y expresión de los síntomas, signos y comportamientos que constituyen criterios para el diagnóstico. La cultura se transmite, se revisa y recrea dentro de la familia y de otras instituciones y sistemas sociales. La evaluación diagnóstica debe, por tanto, considerar si las experiencias, los síntomas y los comportamientos del individuo difieren de las normas socioculturales y crean problemas de adaptación en las culturas de origen y en determinados contextos sociales o familiares. Como puede verse en el desarrollo del DSM-5 se han tenido en cuenta los aspectos esenciales de la cultura que son relevantes para la clasificación y evaluación diagnóstica.

Por tal motivo, el DSM-5, incluye el apartado "Formulación cultural" que contiene una exposición detallada de la cultura y el diagnóstico en el DSM-5, incluidas herramientas para efectuar una evaluación cultural más profunda. Así mismo en el Apéndice, el "Glosario de conceptos culturales de malestar" recoge la descripción de algunos síndromes, expresiones de malestar y explicaciones causales de carácter cultural que son frecuentes y relevantes para la práctica clínica.

Los límites entre la normalidad y la patología de determinados tipos de comportamiento varían de una cultura a otra. El límite de tolerancia de determinados síntomas o comportamientos difieren entre culturas, entornos sociales y familias. La valoración de que un comportamiento dado es anormal y requiere atención clínica depende en gran medida de las normas culturales internalizadas por el individuo y aplicadas por quienes lo rodean, incluidos los miembros de la familia y los clínicos. El reconocimiento del significado cultural puede corregir interpretaciones erróneas de la psicopatología, pero la cultura puede también contribuir a la vulnerabilidad y al sufrimiento (p. ej., amplificando los miedos que mantienen un trastorno de pánico o ansiedad en relación con la salud). Las tradiciones, costumbres y significados culturales pueden también contribuir tanto al estigma como al apoyo en la respuesta familiar y social a la enfermedad mental. La cultura puede proporcionar estrategias de afrontamiento que aumentan la resiliencia en respuesta a la enfermedad o sugerir la búsqueda de ayuda y opciones para acceder a los cuidados de salud de varios tipos, incluidos los sistemas de salud complementarios y alternativos. La cultura puede influir en la aceptación o el rechazo de un diagnóstico y en la observancia de los tratamientos, afectando al curso de la enfermedad y a la recuperación. La cultura afecta también a la conducta durante la visita clínica; como resultado, las diferencias culturales entre el clínico y el paciente repercuten en la exactitud y la aceptación del diagnóstico, así como en las

decisiones terapéuticas, las consideraciones pronósticas y los resultados clínicos.

Las conductas exteriorizadas y normalizadas por los individuos pueden ser transgresoras e incluso delictivas si se llevan a cabo fuera del contexto original.

Históricamente, el constructo de los síndromes relacionados con la cultura ha sido un interés clave de la psiquiatría cultural. En el DSM-5, este constructo se ha sustituido por tres conceptos que ofrecen mayor utilidad clínica: Síndrome cultural, expresión cultural de malestar y explicación cultural o causa percibida.

Estos tres conceptos indican formas culturales de entender y describir las experiencias de enfermedad que pueden observarse en la entrevista clínica. Dichos conceptos influyen en la psicopatología, la búsqueda de ayuda, las presentaciones clínicas, las expectativas de tratamiento, la adaptación a la enfermedad y la respuesta al tratamiento. Un mismo término cultural a veces realiza más de una de estas funciones.

Atendiendo al tema del presente trabajo cabe destacar que la propia caracterización de los trastornos recogidas en ambas clasificaciones nos avanza que estos individuos pueden entrar en conflicto tanto con las normas sociales como con las normales legales.

Pero como hemos adelantado, tanto en el caso de los trastornos de la personalidad como en el resto de cuadros psicopatológicos recogidos en las nosologías vigentes, nunca debe asociarse el mero hecho de padecerlos con presuponerles una predisposición delictiva o unas implicaciones legales determinadas, pero en completo acuerdo con las reflexiones efectuadas por Esbec y Echeburúa (2010)<sup>7</sup> al respecto de la asociación entre trastornos de la personalidad y violencia, teniendo en cuenta que el diagnóstico de un TP es un factor de riesgo de reincidencia en todos los protocolos de valoración

Tal y como advierte la American Psychiatric Association (APA) respecto al uso del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR, 2002), es arriesgado utilizar a ciegas la nosología psicopatológica dentro del ámbito jurídico debido a las discrepancias existentes entre las cuestiones legales y el tipo de información contenida en el diagnóstico de un trastorno mental. Debe de tenerse presente que el hecho de que un individuo cumpla criterios para el diagnóstico de un trastorno

---

<sup>7</sup> ESBEK RODRIGUEZ. Enrique, ECHEBURUA ODRIOZOLA, Enrique. “Violencia y trastornos de la personalidad: implicaciones clínicas y forenses” Actas Esp. Psiquiatr. 2010; 38 (5): pag. 249-261. Disponible en <http://www.actaspsiquiatrias.es/repositorio/11/67/ESP/11-67-ESP-249-261-165838.pdf>



mental y por ende trastorno de personalidad, no conlleva implicación alguna respecto al grado de control que pueda tener sobre los comportamientos asociados al trastorno. E incluso cuando la falta de control sobre el comportamiento sea uno de los síntomas del trastorno, ello no supone que el individuo diagnosticado como tal sea (o fue) capaz de controlarse en un momento determinado.

La Asociación Americana de Psiquiatría (APA) señala que para determinar si un individuo cumple un criterio legal específico (ej. competencia, responsabilidad criminal, intencionalidad o discapacidad) se requiere información adicional, más allá de la contenida en el DSM-IV: debe incluir información sobre el deterioro funcional de la persona y cómo este deterioro afecta las capacidades particulares en cuestión.

Mayorca en 1981<sup>8</sup> define a la Criminología como “Ciencia que estudia el fenómeno delictual y ciertas áreas de la desviación social etiológicamente y con proyección profiláctica”<sup>8</sup> es preciso ahondar en el conocimiento de los Trastornos de Personalidad (aspectos cognitivos, emocionales, motivacionales, relacionales y adaptación funcional), para entender mejor el modo en el que pueden irrumpir o entrar en conflicto con el sistema legal .

Manuel López-Rey (1981)<sup>9</sup> le asigna, concretamente, cuatro metas principales: determinación causal del delito, prevención del delito, predicción y medida de la criminalidad; y, dentro del capítulo relativo a la prevención, destaca el papel criminógeno que puede tener el sistema penal, especialmente la organización judicial y penitenciaria.

Y en el centro de estas dos áreas científicas se incardina la Criminología la cual desde la perspectiva actual se entiende que tiene por el objeto el estudio:

- Del delito (su etiología, control y prevención).
- Del delincuente (su personalidad y tratamiento).
- De la delincuencia (su prevención, predicción y medida).
- De los menores infractores.
- De la víctima y su papel en el delito.

---

<sup>8</sup> MAYORCA, Juan Manuel, “Nueva Criminología”, Tomo 1, pág. 35, Universidad de Caracas Facultad de Ciencias Jurídicas y Políticas, 1 enero 1999

<sup>9</sup> LÓPEZ-REY, Manuel “La Criminología como ciencia”. Temas de Derecho. <http://wp.me/p2k2bx-aR>

- Del estudio de los llamados “estados criminógenos” (alcoholismo, prostitución, drogadicción y asocialidad).
- Del suicidio.
- De la formación de las leyes, del funcionamiento de la administración de justicia y del sistema penal en general, en cuanto que son elementos del sistema social que pueden resultar criminógenos.

Los trastornos de la personalidad introducen en su propia definición criterios susceptibles de traducirse en repercusiones legales, convirtiéndolos en un importante objeto de estudio para los profesionales de la Criminología Jurídica y ciencias afines.

Pero sin duda alguna, debe evitarse caer en el error de equiparar trastornos de personalidad con delincuencia: ni todo aquel que delinque estará afectado de un trastorno de personalidad, ni todo sujeto diagnosticado con uno de estos cuadros se verá implicado en problemas legales. Precisamente el correcto conocimiento de los trastornos de la personalidad permite tener clara esta distinción. En completo acuerdo con las reflexiones efectuadas por Esbec y Echeburúa (2010) <sup>10</sup> al respecto de la asociación entre trastornos de la personalidad y violencia, teniendo en cuenta que el diagnóstico de un TP es un factor de riesgo de reincidencia en todos los protocolos de valoración, se debe ser consciente que:

- la mayoría de las personas con TP no son violentas ni lo han sido nunca
- muchas personalidades anormales son más bien víctimas propiciatorias que delincuentes;
- ningún TP está asociado necesariamente a conductas violentas de forma permanente
- desde un planteamiento dinámico y motivacional, un TP no explica por sí solo la conducta violenta.

Resumiendo, en forma genérica se puede decir que el objeto de la Criminología es el estudio del delito o crimen, como hecho individual y social, con toda su complejidad y con todas sus implicaciones.

Los trastornos de la personalidad introducen en su propia definición criterios susceptibles de traducirse en repercusiones legales, convirtiéndolos en un importante objeto de estudio para los profesionales de la Criminología Jurídica y ciencias afines.

---

<sup>10</sup> ESBEZ RODRIGUEZ. Enrique, ECHEBURUA ODRIOZOLA, Enrique. “*Violencia y trastornos de la personalidad: implicaciones clínicas y forenses*” Actas Esp. Psiquiatr. 2010; 38 (5): pag. 249-261. Disponible en <http://www.actaspsiquiatrias.es/repositorio/11/67/ESP/11-67-ESP-249-261-165838.pdf>



TFG- LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y CONDUCTA DELICTIVA

Los trastornos de personalidad son muy frecuentes en muestras de población forense y son considerados predictores de la conducta criminal (Carrasco, 1993; Chargoy, 1996; Corral, 2000; Ullrich y Marneros, 2004; Fernández Montalvo y Echeburúa, 2008)

- la mayoría de las personas con TP no son violentas ni lo han sido nunca
- muchas personalidades anormales son más bien víctimas propiciatorias que delincuentes
- ningún TP está asociado necesariamente a conductas violentas de forma permanente
- desde un planteamiento dinámico y motivacional, un TP no explica por sí solo la conducta violenta.

Enfatiza que el hecho de que un individuo cumpla criterios para el diagnóstico de un trastorno mental, no conlleva implicación alguna respecto al grado de control que pueda tener sobre los comportamientos asociados al trastorno.

E incluso cuando la falta de control sobre el comportamiento sea uno de los síntomas del trastorno, ello no supone que el individuo diagnosticado como tal sea (o fue) capaz de controlarse en un momento determinado. La Asociación Americana de Psiquiatría (APA) señala que para determinar si un individuo cumple un criterio legal específico (ej. competencia, responsabilidad criminal, intencionalidad o discapacidad) se requiere información adicional, más allá de la contenida en el DSM-IV: debe incluir información sobre el deterioro funcional de la persona y cómo este deterioro afecta las capacidades particulares en cuestión. De este modo, se podrá participar en un mejor ejercicio del Derecho. La Psicología Jurídica, en general, y la psicología forense en particular, estudia aquellos fenómenos psicológicos, conductuales y relacionales que inciden en el comportamiento de las personas ante la Ley.

Tabla 1.1. Criterios generales para el diagnóstico de los trastornos de la personalidad según DSM-IV TR y CIE 10

| DSM-IV-TR   | CIE-10  |
|---|---|
| <p><i>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:</i></p> <p><i>(1) cognición (p.ej., formas de percibir e interpretarse a uno mismo, a los demás y a los acontecimientos)</i></p> <p><i>(2) afectividad (p.ej., la gama, intensidad, labilidad y adecuación de la respuesta emocional)</i></p> | <p><i>A. Actitudes y comportamiento marcadamente faltos de armonía, que afectan por lo general a varios aspectos de la personalidad, por ejemplo, a la afectividad, a la excitabilidad, al control de los impulsos, a las formas de percibir y de pensar y al estilo de relacionarse con los demás.</i></p> |

|  |   |
|--|---|
| <p><i>(3) actividad interpersonal</i></p> <p><i>(4) control de los impulsos</i></p> <p><i>B. Este patrón persistente es inflexible y se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales.</i></p> <p><i>C. Este patrón persistente provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.</i></p> <p><i>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.</i></p> <p><i>E. El patrón persistente no es atribuible a una manifestación o a una consecuencia de otro trastorno mental.</i></p> <p><i>F. El patrón persistente no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p.ej., una droga, medicamento) ni a una enfermedad médica (p.ej., traumatismo craneal)</i></p> | <p><i>B. La forma de comportamiento anormal es duradera, de larga evolución y no se limita a episodios concretos de enfermedad mental.</i></p> <p><i>C. La forma de comportamiento anormal es generalizada y claramente desadaptativa para un conjunto amplio de situaciones individuales y sociales.</i></p> <p><i>D. Las manifestaciones anteriores aparecen siempre durante la infancia o la adolescencia y persisten en la madurez.</i></p> <p><i>E. El trastorno conlleva un considerable malestar personal, aunque éste puede también aparecer sólo en etapas avanzadas de su evolución.</i></p> <p><i>F. El trastorno se acompaña, por lo general aunque no siempre, de un deterioro significativo del rendimiento profesional y social.</i></p> |
|--|---|

TFG- LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y CONDUCTA DELICTIVA

Tabla 1.2 . Diferencias en la nosología (DSM-IV-TR vs CIE-10) en relación a los trastornos de personalidad:

| TRASTORNOS DE PERSONALIDAD | DSM-IV- TR   | CIE-10  |
|----------------------------|--|---|
| <i>Paranoide</i>           | <i>SIN DIFERENCIAS SUSTANCIALES</i>  |   |
| <i>Esquizotípico</i>       | <p>Trastorno específico de la personalidad.</p> <p>Incluye un criterio de ansiedad social excesiva que no disminuye con la familiarización y estaría relacionada con ideas paranoides mas que con el miedo al ridículo social</p>  | <p>Trastorno englobado dentro del capítulo de la esquizofrenia. La duración requerida para su diagnóstico, a diferencia del criterio de cronicidad a partir de la adolescencia o adultez joven, es de al menos dos años.</p> <p>Aporta un criterio referido a la rumiación obsesiva sin resistencia interna, de contenido dismórfico, sexual o agresivo, y otro que acepta episodios psicóticos transitorios de intensas ilusiones, alucinaciones visuales y auditivas y una ideación pseudodelirante que se desencadena sin estimulación externa.</p>  |
| <i>Antisocial</i>          | <p>Similitud en la descripción efectuada por ambas clasificaciones.</p> <p>Destaca la falta de honestidad de estos sujetos, su impulsividad y su incapacidad para planificar, y la despreocupación imprudente por su seguridad o la de los demás. Exige que el sujeto tenga por lo menos 18 años y haya pruebas de su comportamiento antisocial antes de los 15.</p> | <p>Denominado “trastorno disocial”. Contempla la capacidad de racionalizar de manera verosímil los conflictos en los que se implican y la predisposición a culpar a los demás de sus faltas.</p> <p>Se acepta la irritabilidad y los trastornos de conducta en la niñez y la adolescencia como parte de este trastorno, pero no los considera indispensables.</p>   |
| <i>Limite</i>              | <p>Contempla la posibilidad de que aparezcan la ideación paranoide o síntomas disociativos graves en el contexto de un estrés agudo. Se consideran fundamentales la inestabilidad en las relaciones y del estado de ánimo y la alteración de la identidad.</p>   | <p>Denominado “trastorno de inestabilidad emocional”. Define dos subtipos: impulsivo y límite o borderline propiamente dicho (que coincide prácticamente en todo en la definición del TLP del DSM). Las pautas diagnósticas del subtipo impulsivo del trastorno de inestabilidad emocional de la CIE se resume en un solo criterio: la impulsividad en dos o más esferas.</p> <p>No considera el papel central de la confusión de la identidad y deja una categoría residual que no se correspondería con ningún subtipo: la de los sujetos límite puros (no impulsivos) y los indiferenciados.</p> |
|                            | <p>Contempla entre sus características la forma de hablar, demasiado subjetiva y sin matices, y la de</p>  |   |

TFG- LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y CONDUCTA DELICTIVA

|                                |   |   |
|--------------------------------|---|---|
| <i>Histriónico</i>             | <i>comportarse en las relaciones, que considera más íntimas de lo que son en realidad. No otras diferencias conceptuales.</i>   |   |
| <i>Narcisista</i>              |   | <i>Sólo lo nombra en un apartado final Narcisista referente a “otros trastornos específicos de la personalidad”.</i>  |
| <i>Evitativo</i>               | <i>Coincidencia en aspectos centrales entre ambas nosologías.<br/>Hace hincapié en otros aspectos tales como la represión en las relaciones íntimas por miedo a ser avergonzado o ridiculizado, la incapacidad para poner en marcha nuevas relaciones interpersonales y la evitación de riesgos personales o de implicarse en nuevas actividades porque pueden comprometer.</i> | <i>Denominado “trastorno ansioso (con conducta de evitación) de la personalidad”.<br/>Tiene en cuenta un criterio de sentimiento constante y profundo de tensión emocional y de temor – por eso se denomina trastorno ansioso, además de evitativo -, y la restricción del estilo de vida por necesidad de seguridad física.</i>            |
| <i>Dependiente</i>             | <i>Conceptualización similar. Expone la dificultad de expresar desacuerdo y hacer las cosas a su manera. También menciona que estas personas pueden hacer tareas desagradables para ganarse el afecto de los demás.</i>   | <i>Señala el criterio de dificultad para pedir cualquier cosa a la persona de la que depende, aunque la petición sea absolutamente razonable.</i>   |
| <i>Obsesivo-compulsivo</i>     | <i>Coincidencia en aspectos centrales. Destaca otros aspectos tales como la tendencia a guardar objetos usados y sin valor, la incapacidad para delegar, a no ser que se cumpla exactamente su manera de hacer las cosas, y la preocupación por el dinero, que se debe guardar para catástrofes futuras.</i>  | <i>Se denomina “trastorno anancástico”. Añade criterios en la línea del neuroticismo: duda continua que refleja inseguridad personal, y la capacidad limitada para expresar emociones. También incluye la irrupción no deseada e insistente de pensamientos o impulsos.</i>   |
| <i>No especificado</i>         | <i>Incluye aquellos trastornos que aunque cumplen criterios de TP no resultan suficientes para diagnóstico de uno específico o incluye rasgos de varios (mixto). También se codifican aquí los TP controvertidos (trastorno depresivo de la personalidad y trastorno pasivo-agresivo).</i>  | <i>Esta categoría se subdivide en varias: trastornos específicos de la personalidad sin criterios definidos (narcisista, excéntrico, inestable, inmaduro, pasivo-agresivo y psiconeurótico) y trastorno de la personalidad sin especificación. Los trastornos mixtos se codifican en una categoría distinta a la de los TP específicos.</i> |
| <i>T.P. De origen orgánico</i> | <i>Esta categoría se subdivide en varias: trastornos específicos de la personalidad sin criterios definidos (narcisista, excéntrico, inestable, inmaduro, pasivo-agresivo y psiconeurótico) y trastorno de la personalidad sin especificación. Los trastornos mixtos se codifican en una categoría distinta a la de los TP específicos.</i>                                     | <i>TP y del comportamiento debido a enfermedades, lesiones o disfunciones cerebrales.</i>   |

## 1.2. Teorías explicativas sobre personalidad y comportamiento delictivos

Históricamente desde la psicología, la psiquiatría y de la criminología se han llevado a cabo estudios para encontrar una explicación a través de la identificación de diferencias individuales en la propensión a la comisión de hechos delictivos y en la posible tipología de delincuentes. No cabe duda que el enfoque ha ido variando con el tiempo gracias a los avances en las distintas disciplinas y por tanto podemos ver una línea desde el determinismo antropológico y biológico, pasando por los aspectos psicológicos del delincuente e incluso tesis marxistas han visto al delincuente como una víctima del sistema capitalista y por lo tanto la explicación al delito se encontraba en la misma sociedad.

Sin duda una de las tesis que ha permanecido por mas tiempo como explicativa contemplaba los factores biológicos, sociales y ambientales como fundamentales en el comportamiento delictivo, existiendo un auge en la consideración de las variables de personalidad como factores sin los cuales no es posible explicar dichos comportamientos.

Disciplinas como la neurociencia, la genética y la psicología experimental destacan en sus resultados la importancia de las variables individuales como moduladoras de los efectos del ambiente en la conducta antisocial.

En la actualidad no existen dudas acerca del origen/etiología de la delincuencia. No es atribuible de forma unívoca a la presencia de un trastorno de personalidad si no a una etiología multifactorial.

Las distintas investigaciones han arrojado datos que por su relevancia y reiteración que por su importancia se describen a continuación:

- Rasgos específicos de la personalidad del delincuente (Beristain, 1989)<sup>11</sup>
  - egocentrismo
  - labilidad emocional
  - agresividad
  - indiferencia afectiva

---

<sup>11</sup> BERISTAIN, Antonio. “Sobre la personalidad. Homenaje a Jean Pinatel”. Revista Ciencias penales nº 8, pag.3. San Sebastián.1989. <http://www.corteidh.or.cr/tablas/R01613-3.pdf>

Un patrón de personalidad caracterizado por alta impulsividad, alta búsqueda de sensaciones y baja empatía parece estar latente en muchos comportamientos antisociales y antijurídicos (Sobral, Luengo, Gómez-Franguela, Romero y Villar 2007)<sup>12</sup>

Si bien es cierto que nunca ha resultado totalmente aceptado, confirmado y validado la hipótesis de “perfil de personalidad propia” , existe acuerdo con suficiente “aval científico” para establecer que entre los delincuentes existen individuos afectados por distintos grados y tipo de trastorno psicológicos crónicos (Jarque y Andrés, 2007)<sup>13</sup> , si bien concluyeron que no habían encontrado un perfil propio de delincuente aunque detectan cierta relación entre el tipo de delito cometido y los rasgos de personalidad analizados.

Esbec y Echeburúa, 2010 <sup>14</sup> destacan la relación entre trastorno de personalidad y violencia en función de cuatro dimensiones de la personalidad: impulsividad, falta de regulación emocional, narcisismo y amenaza del yo, además de identificara la ira como una emoción de rabia, resentimiento o irritabilidad. En cualquier caso podría considerarse a la ira como una respuesta neurofisiológica ante la amenaza o daño percibido

- Influencia de los rasgos de personalidad sobre los procesos cognitivos superior
- El constructo “impulsividad” y sus facetas propiciadoras de la misma
  - Urgencia.
  - Falta de premeditación.
  - Falta de perseverancia. Búsqueda de sensaciones

---

<sup>12</sup> SOBRAL, Jorge. LUENGO, Angeles. “Personalidad, género y criminalidad”. Psicothema 2007, n°2, pág. 269. Universidad de Santiago de Compostela. <https://www.Psicothema.com/pdf/3359.pdf>

<sup>13</sup> LLAMAZARES JARQUE, L. ANDRES PUEYO, A. “Personalidad y alteraciones clínicas en el comportamiento penitenciario”. Universidad de Barcelona. PSICOLOGÍA JURIDICA, EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN. Disponible:[https://www.researchgate.net/profile/Ramon\\_Arce/publication/288826075\\_Psicologia\\_juridica\\_Evaluacion\\_e\\_intervencion/links/56844eec08ae197583937ef3.pdf?origin=publication\\_detail](https://www.researchgate.net/profile/Ramon_Arce/publication/288826075_Psicologia_juridica_Evaluacion_e_intervencion/links/56844eec08ae197583937ef3.pdf?origin=publication_detail)

<sup>14</sup> ESBEC RODRIGUEZ. Enrique, ECHEBURUA ODRIOZOLA, Enrique. “Violencia y trastornos de la personalidad: implicaciones clínicas y forenses” Actas Esp. Psiquiatr. 2010; 38 (5): pag. 249-261. Disponible en <http://www.actaspsiquiatrias.es/repositorio/11/67/ESP/11-67-ESP-249-261-165838.pdf>

Tabla con aportaciones al estudio entre personalidad y delincuencia, (Guerrero, 2012) <sup>15</sup>

Tabla 1.3 Principales aportaciones multidisciplinares sobre los factores de riesgo para la conducta delictiva relativas a la personalidad del delincuente.

|              |  |
|--------------|--|
| BIOLOGÍA     | <p><i>Baja actividad del lóbulo frontal</i></p> <p><i>Baja actividad del SNA. Baja inteligencia</i></p> <p><i>Lesiones craneales. TDAH</i></p>   |
| CRIMINOLOGÍA | <p><i>Ambiente multiproblemático Agresividad</i></p> <p><i>Bajo nivel socioeconómico y cultural</i></p> <p><i>Bajo autocontrol</i></p> <p><i>Círculo de amistades delincuentes .Consumo de drogas</i></p> <p><i>Crianza deficitaria, falta de armonía en el hogar</i></p> <p><i>Déficit en la escuela . Déficit de habilidades sociales</i></p> <p><i>Estilo de vida persistentemente antisocial</i></p> <p><i>Egocentrismo. Impulsividad. Identificación criminal</i></p> <p><i>Precocidad delictivas. Psicopatías</i></p> <p><i>Temperamento difícil Bajo autocontrol</i></p>  |
| PSICOLOGÍA   | <p><i>Alta impulsividad . Alta búsqueda de sensaciones.</i></p> <p><i>Agresividad - Ira . Alta suspicacia (estilo cognitivo paranoide) Alto psicoticismo, alta extraversión, alto neuroticismo. Baja empatía . Baja responsabilidad</i></p> <p><i>Déficit en la adaptación al medio</i></p> <p><i>Déficit en procesamientos cognitivos (selección, filtro, toma de decisiones) en personas con TP (procesamiento mediatizado por las características del TP)</i></p> <p><i>Egocentrismo, narcisismo . Inestabilidad emocional</i></p> <p><i>Indiferencia afectiva . Locus de control externo</i></p> <p><i>Sentimiento de inferioridad (compensación a través del delito</i></p> |

<sup>15</sup> GONZALEZ GUERRERO, Laura. (2012). *Trastornos de la personalidad: Influencia sobre la conducta delictiva y repercusiones forenses en la jurisdicción penal*. Universidad Complutense de Madrid, Servicio de Publicaciones

### 1.2.1 Teorías Biológicas

La línea de investigación entre correlación de datos biológicos y los trastornos de personalidad es una de las más prolíficas de los últimos años, y de actualidad las teorías relacionadas con este planteamiento. Si bien la corriente biológica no pretende asentar teorías deterministas como la antropología criminal de Lombroso y las biotipologías de Krestschmer (1921) es importante señalar que en el nuevo MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES (DSM-5) se integran de los hallazgos científicos más recientes de la investigación genética y de técnicas de neuroimagen. La investigación reciente en las neurociencias y las nuevas asociaciones genéticas entre distintos grupos diagnósticos han estado presentes en la estructura revisada de los capítulos. En el propio texto se resaltan los factores de riesgo genéticos y fisiológicos, los indicadores pronósticos y algunos presuntos marcadores diagnósticos. Esta estructura nueva debería mejorar la capacidad de los clínicos para identificar diagnósticos en un espectro de trastornos basado en una neurocircuitaría, una vulnerabilidad genética y una exposición ambiental comunes.

Para Haddad y Busnelli (2005)<sup>16</sup>, la naturaleza de las correlaciones entre los índices biológicos cerebrales y las características clínicas del desorden de personalidad puede proporcionar las claves para establecer la relación entre cerebro y conducta, y el vocabulario neurobiológico de la personalidad. Así, datos provenientes de investigaciones biopsicológicas sobre diferencias individuales y delincuencia han evidenciado la asociación de la conducta antisocial con factores como lesiones craneales, baja actividad del lóbulo frontal, baja activación del Sistema Nervioso Autónomo, respuesta psicogalvánica reducida, baja inteligencia, trastorno de atención con hiperactividad, alta impulsividad, propensión a la búsqueda de sensaciones y tendencia al riesgo, baja empatía, alta extraversión y locus de control externo (Redondo y Pueyo, 2007)<sup>17</sup>. En general, los defensores de las teorías biológicas buscan explicar el comportamiento delictivo en función de anomalías o disfunciones orgánicas, incidiendo en que son factores endógenos o internos del individuo los que al concurrir en algunas personas les llevan a una predisposición congénita para la comisión de actos antisociales.

---

<sup>16</sup> HADDAD, Christian Adrian. BUSNELLI, Mariano Roberto, 2005 *“Trastornos borderline y su correlato neurobiológico”*. Revista argentina de Neuropsiquiatría. Año XV, vol. 12, n° 2 de julio de 2005

<sup>17</sup> REDONDO ILLESCAS, Santiago PUEYO, Antonio. A. (2007). La psicología de la delincuencia. *Papeles del psicólogo*, 28(3), 147-156. Disponible en <http://www.cop.es/papeles>



Son abundantes las evidencias empíricas que ponen de manifiesto la relación entre daño en el lóbulo frontal y criminalidad, si bien es importante observarlo en un contexto de sistemas neurológicos multicomponentes y no caer en el determinismo frenológico de identificar sin más un área cerebral y su función (o déficit según la alteración estructural)

Esto nos lleva a preguntarnos cual va a ser en el futuro la respuesta de los tribunales a los datos empíricos que se van a poner a su disposición. La neuroimagen proveerá de conocimientos sobre las anomalías cerebrales funcionales y estructurales las cuales pueden limitar la autonomía o la posibilidad de tomar decisiones esperables en el contexto cultural de muchos agresores. García Andrade pone como ejemplo del uso de esta tecnología y el enfermo mental que ha cometido un crimen sonado a “El joven de la katana, que mató a toda su familia, tenía una lesión cerebral “Tuve que hacerle un encefalograma para comprobarlo y que el juez me creyera”<sup>18</sup>

A la vista de este nuevo escenario, resulta lógico plantearse tal cuál va a ser la respuesta de los Tribunales ante la generación de tecnologías de neuroimagen que proveen conocimientos sobre anomalías cerebrales funcionales y estructurales que podrían limitar la autonomía o posibilidad de toma de decisiones de muchos agresores.

Dentro de los estudios acerca de los trastornos de la personalidad, son los trastornos límite y antisocial de la personalidad (con especial atención a la psicopatía) los que más tienen tras de sí mayor investigación de corte psicobiológico.

---

<sup>18</sup> GARCIA ANDRADE, José Antonio. El Periódico de Aragón. 17/11/2006. Disponible en <http://www.elperiodicodearagon.com/noticias/enviar.php?id=282961>

1.2.2. Teorías criminológicas

En los paradigmas criminológicos se asumen un conjunto de asunciones previas y de creencias sobre el funcionamiento de la sociedad en general y de la delincuencia en particular.

Clásicamente se señalan tres paradigmas o concepciones criminológicas alrededor de las cuales irán creándose distintas teorías:

- Paradigma del “libre albedrío”
- Paradigma científico o positivista
- Paradigma social

Los dos primeros paradigmas, clásicos de la criminología, inciden en la explicación de la conducta delictiva, aunque diferenciándose en la perspectiva explicativa que adoptan.

El paradigma social tiene por objetivo el análisis de la respuesta al delito (Muñoz, 2007 citado por González Guerrero) <sup>19</sup>.

El paradigma del libre albedrío deja sin margen a la consideración que factores individuales afecten al a la hora de cometer un delito. Desde este punto de partida se asume que el ser humano tiene capacidad y libertad para decidir si comete o no el delito. La comisión del mismo es interpretada por tanto como una expresión de libertad y voluntariedad. Los postulados del paradigma del libre albedrío se puede resumir en los siguientes apartado: la conducta humana tiende a la obtención del placer y evitación del dolor; todos los seres humanos tienen capacidad suficiente para decidir sobre sus actos, incluidos los delictivos; cuando alguien realiza un delito es porque obtiene beneficio de ello; mediante la imposición de la pena debe contrarrestarse los beneficios que el delincuente espera obtener del delito; las penas cumplen dos fines: la prevención general (mediante la ejemplificación del castigo del delincuente, el resto de ciudadanos no delinquirían) y prevención especial (evitar la reincidencia del delincuente). Desde este punto de vista, no resulta relevante el estudio de las diferencias individuales en la personalidad de los delincuentes.

---

<sup>19</sup> GONZALEZ GUERRERO, Laura. (2012). *Trastornos de la personalidad: Influencia sobre la conducta delictiva y repercusiones forenses en la jurisdicción penal*. Universidad Complutense de Madrid, Servicio de Publicaciones.

El *paradigma científico o positivista* postula, contrariamente al paradigma de libre albedrío, que el individuo delinque por factores individuales o sociales. Desde esta perspectiva, el individuo no es libre, ya que hay una serie de factores sociales, biológicos, psicológicos, etc, que le predisponen a delinquir, como ejemplo de biológico a Andrade respecto del “asesino de la katana”.

Por este motivo, y para prevenir el surgimiento de las conductas delictivas hay que profundizar y tratar las causas que pueden provocarlas. Dentro del paradigma científico se enmarcan las teorías biológicas, psicológicas y sociológicas.

La parte de la criminología interesada en el de desarrollo de los individuos se halla vinculada al estudio de factores de riesgo estáticos (ej. impulsividad, psicopatía..), y dinámicos (ej. consumo de sustancias, estilo cognitivo..), así como a los factores de resiliencia o protección que modulan la incidencia de los primeros. Podemos decir que los factores de riesgo actúan en forma de reacción en cadena o cascada, mientras que los factores de protección pueden cortar esa secuencia e iniciar a su vez una nueva de eventos que sirva al sujeto a llevar una forma de vida adaptada a su entorno social y cultural. Ninguno de estos factores por separado se entiende como una condición previa para optar por el camino delincencial, sin embargo, el acceso a una vida adaptada será cada vez más difícil en la medida en que se de acumulación progresiva de factores delictógenos con sus respectivas consecuencia (Muñoz, 2007, citado en Guerrero, 2012) <sup>20</sup> .

Dentro del marco de la criminología del desarrollo, una de las teorías más importantes en la actualidad es la síntesis efectuada por los investigadores Andrews y Bonta (2006; citado en Redondo y Pueyo, 2007) <sup>21</sup>, en su *modelo de Riesgo-Necesidades- Responsividad*. Este modelo está principalmente orientado a las aplicaciones psicológicas en prevención y tratamiento de la delincuencia y establece tres principios:

- Principio de necesidad: los factores dinámicos de riesgo directamente conectados con la actividad delictiva (hábitos, cogniciones y actitudes delictivas) deben ser las auténticos objetivos de los programas de intervención.
- Principio de riesgo: los individuos con mayor riesgo en factores estáticos (históricos y personales, no modificables) requieren intervenciones más intensas.

---

<sup>20</sup> GONZÁLEZ GUERREO, Laura. (2012). *Trastornos de la personalidad: Influencia sobre la conducta delictiva y repercusiones forenses en la jurisdicción penal*. Universidad Complutense de Madrid, Servicio de Publicaciones.

<sup>21</sup> REDONDO ILLESCAS, Santiago PUEYO, Antonio. A. (2007). La psicología de la delincuencia. *Papeles del psicólogo*, 28(3), 147-156. Disponible en <http://www.cop.es/papeles>

- Principio de individualización: resalta la importancia de tener en cuenta en la planificación de intervenciones las características personales y situacionales de los individuos (motivación, reactividad a técnicas, etc.).

Para la Criminología, es un objetivo fundamental estudiar los factores que influyen en la delincuencia. Dentro de esos factores podemos situar lo que se ha determinado en llamar la “personalidad criminal”. Chargoy 1996, (citado por Guerrero, 2012) <sup>22</sup> ubica las definiciones actuales dentro de un prisma integrador (bio-psico-socio-cultural) de las conductas antisociales. En la tabla 1.4., se recogen los rasgos aludidos y principales características. Siguiendo a Chargoy, la combinación de los rasgos de la personalidad criminal posibilita estimar o valorar la capacidad que tiene una persona para cometer conductas antisociales (peligrosidad) o “pasar al acto”. Ante los mismos estímulos físicos y medioambientales potencialmente criminógenos, no todas las personas reaccionarán del mismo modo o llegarán a cometer un acto delictivo. La diferencia estriba en la presencia de los rasgos que configuran la personalidad criminal.

Tabla 1.4 Rasgos de personalidad del criminal (Chargoy, 1996)

| <b>RASGO</b>                          | <b>CONCEPTUALIZACIÓN</b>   | <b>CONDUCTA</b>   | <b>INTERRALACIONES</b>                                       |
|---------------------------------------|--|---|--|
| <b><i>Agresividad</i></b>             | <i>Capacidad para causar daño (físico, económico o moral)</i>  | <i>Tendencia al desafío y/o discusión, propensión a la violencia y/o enfrentamiento, tendencias a imponerse, a causar daño, a vencer o a salir adelante en toda situación</i>   | <i>Propicia el incremento de tendencias antisociales</i>     |
| <b><i>Egocentrismo</i></b>            | <i>Incapacidad para modificar valores o actitudes personales (valoración axiológica ético-moral)</i> | <i>Nulo interés por modificar valores, tendencias al perfeccionismo y a la autosuficiencia, severa inadecuación ante la crítica, sobrevaloración personal, proyección de adecuada imagen personal y/o de superioridad</i> | <i>Puede ser excluyente de la adaptabilidad social</i>       |
| <b><i>Indiferencia afectiva</i></b>   | <i>No repercusión afectiva por el sufrimiento ajeno (dolor o daño causado a los demás)</i>           | <i>Elevado control de las emociones e impulsos, indiferencia ante el sufrimiento ajeno, estabilidad emotiva; no afectado por aspectos emotivos</i>  | <i>Inversamente proporcional a la labilidad emocional.</i>   |
| <b><i>Tendencias antisociales</i></b> | <i>Conducta en contra de la sociedad</i>   | <i>Marcada inadaptación social, no acatan reglas o normas sociales,</i>   | <i>Junto con la identificación criminal decremantan a la</i> |

|                                       |  |   |  |
|---------------------------------------|--|---|--|
|                                       |  | <i>severa conflictiva con la autoridad, baja tolerancia ante la frustración y/o la espera, anti y parasocialidad manifiesta</i>   | <i>adaptabilidad social, tanto de manera conjunta como aislada</i> |
| <b><i>Adaptabilidad social</i></b>    | <i>Habilidad para adecuación a normas sociales</i>                       | <i>Facilidad para interrelacionarse socialmente. Pretenden causar buena impresión</i>   |  |
| <b><i>Labilidad afectiva</i></b>      | <i>Respuestas conductuales para satisfacer aspectos emotivos propios</i> | <i>Pobre control emotivo y de impulsos, inestables, respuesta emotiva exagerada, aspectos emotivos determinan su comportamiento</i>   |  |
| <b><i>Identificación criminal</i></b> | <i>Contaminación por conducta antisocial.</i>                            | <i>Necesidad de pertenencia en grupos antisociales, necesidad de autoconcepto, autoimagen y status dentro del grupo antisocial, búsqueda de información relacionada con grupos antisociales</i> |  |

Otra de las aportaciones relevantes de la Criminología al estudio de la persona ha sido la elaboración de perfiles. En un sentido amplio puede decirse que la elaboración de Perfiles de Criminales desconocidos con base en la Escena del Crimen es una técnica de investigación judicial que consiste en inferir aspectos psicosociales del agresor con base en un análisis psicológico, criminalístico y forense de sus crímenes, con el fin de identificar un tipo de persona (no una persona en particular) para orientar la investigación y la captura, esta técnica es útil para la justicia porque permite ser aplicada en diferentes situaciones como crímenes violentos, descarte de sospechosos, identificación del tipo de criminal que cometió el delito; también es ventajosa para los profesionales de la justicia como herramienta al preparar interrogatorios, justificar la petición de pruebas; pero sobretodo es de gran utilidad en la aproximación judicial a un delincuente <sup>23</sup>

<sup>22</sup> GONZÁLEZ GUERREO, Laura. (2012). *Trastornos de la personalidad: Influencia sobre la conducta delictiva y repercusiones forenses en la jurisdicción penal*. Universidad Complutense de Madrid, Servicio de Publicaciones.

<sup>23</sup> TAPIAS, Angela; AVELLANEDA, Luisa; MONCADA, Melissa; PEREZ, Irma. "Elaboración de perfiles criminales desconocidos con base en al escena del crimen" <http://psicologiajuridica.org/psj7.html>

Después de haber revisado a varios autores, se logró como principal aporte un modelo del proceso de generación del perfil de criminales desconocidos basado en la escena del crimen, en donde se recopiló la teoría de la mayoría de autores que trabajan con perfiles criminales son:

- La escena (organizada o desorganizada).
- Motivos de los delincuentes
- La interacción que establece agresor con la víctima.
- Tipo de violencia ejercida sobre al víctima
- Historial delictivo
- Variables sociodemográficas (edad, ocupación, estado civil)

### *1.2.3. Teorías psicológicas*

Desde el campo de la Psicología se ha defendido que existen rasgos y características individuales que predisponen al comportamiento delictivo. Las propuestas actuales se encaminan a centrar más la atención en los síntomas o rasgos descriptivos de cada trastorno de la personalidad que en el análisis del trastorno de la personalidad como hub. Posiblemente el cuadro en su conjunto esté relacionado con el modo en el que la conducta delictiva se “modela” y se motiva, mientras que la explicación de por qué un individuo ha pasado “al acto” (al delito) puede que se encuentre aludiendo a rasgos que aparecen descritos en distintos trastornos de la personalidad (ej. impulsividad, frialdad emocional, falta de empatía)<sup>22</sup>.

Entre las aportaciones más relevantes que desde la Psicología, se han realizado en el estudio de la personalidad del delincuente se encuentran las siguientes:

#### *1.2.3.1. El modelo psicodinámico*

Sigmund Freud intentó estudiar a los delincuentes dividiéndolos en dos categorías principalmente: Delincuentes por sentimientos de culpa, y delincuentes sin sentimientos de culpa. El psicoanálisis aporta dos principios básicos en cuanto al análisis de la conducta delictiva: por un lado, la delincuencia es síntoma de conflictos internos del sujeto, situados generalmente en el nivel inconsciente de la mente humana y, por tanto no sujetos al control de la razón; y por otro lado, esos conflictos son una enfermedad, la cual si no se interviene irá empeorando progresivamente.

Resulta relevante la aportación, introducida por el psicoanálisis y posteriormente admitida por la

psicología general, de los “mecanismos de defensa”, en sujetos que no han desarrollado inhibiciones morales, o creen justificadas sus conductas por su lucha contra la sociedad (personalidades psicopáticas y psicopatológicas) con un remarcado debilitamiento del súper yo, o bien con una estructura yoica incapaz de preservar los impulsos agresivos y tendencias sádicas en el ello mediante los mecanismos de defensa, como decíamos al principio del párrafo

#### 1.2.3.2. Teoría Estructural de la Personalidad de Eysenck (1964)

La Teoría de Eysenck aparece a partir del planteamiento médico-psiquiátrico, Eysenck recogió los aportes de la psiquiatría alemana positivista según la cual, en líneas generales, la causa de la enfermedad mental debía buscarse en la constitución morfológica (2011) <sup>24</sup> . Trata de comprender la conducta humana a través del estudio del sistema nervioso central, además de analizar las variantes genéticas que influyen en el comportamiento delictivo dando valor decisivo a la influencia de los factores ambientales.

La Personalidad para Eysenck 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” (Eysenck, 1970)<sup>25</sup>

#### 1.2.3.3 . Teoría Estructural de los “Big Five”

Modelo de los “Big Five” o de los cinco grandes factores de la personalidad es una teoría imperante en la moderna psicología académica. Su punto de partida es desde un desarrollo factorial a partir de análisis léxicos, y llegando a concluir que los rasgos específicos de la personalidad están bien delimitados y se pueden categorizar en cinco factores (cada uno de ellos se puede desglosar en subescalas):

---

<sup>24</sup> VAZQUEZ GONZALEZ Carlos (2003), “*Delincuencia juvenil. Consideraciones penales y criminológicas*”, Colex, págs. 44 , Madrid, ISBN: 84-7879-770-X, 2003

<sup>25</sup> Modelo Psicobiológico de personalidad de Eysenck. *Revista Internacional de Psicología* Julio 2010, Vol. 11, nº 2. Disponible: <http://www.revistapsicologia.org/index.php/revista/article/download/63/60>

- Apertura a la experiencia, responsabilidad, extraversión, amabilidad y neuroticismo.
- Neuroticismo: correlaciona positivamente con todos los TP, excepto con el TAP
- Extraversión: correlaciona negativamente con los trastornos evitativo y esquizotípico de la personalidad
- Amabilidad: correlaciona negativamente con los trastornos paranoide, esquizotípico, histriónico, narcisista, límite y antisocial de la personalidad
- Apertura: correlaciona negativamente con el TAP
- Responsabilidad: correlaciona negativamente con el trastorno paranoide de la personalidad.

#### 1.2.3.4. Teoría de las personalidades antisociales de Lykken.

David Lykken propuso en su obra “Las Personalidades Antisociales” (1995, 2000) un modelo sobre el posible origen del comportamiento antisocial. Después de un profundo análisis sobre los aspectos genéticos y sociales, Lykken llega a la conclusión que existe un tipo de personalidad antisocial que se caracteriza principalmente por una predisposición a no sentir miedo y otro que posee un sistema de activación con déficit inhibitorios, a estos dos tipos de personalidad los cataloga como psicópatas.

Mientras que aquellos individuos sin predisposición biológica que derivan en conductas delictivas serán considerados sociópatas (Lykken, 2000) los rasgos temperamentales propuestos por Lykken son <sup>26</sup> :

- “búsqueda de sensaciones”
- “impulsividad”
- “ausencia de miedo”.

---

<sup>26</sup> PINTO, Bismarck. “ Emoción, cognición y relaciones interpersonales en la psicopatía primaria de Lykken”. *Ajayu* 2003, vol.1, n.1, pp. 95-114. Disponible en: [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S207721612003000100006&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S207721612003000100006&lng=es&nrm=iso). ISSN 2077-2161.



Lykken (2000) propuso un modelo para explicar la conducta antisocial basado en las dificultades de temperamento y el proceso de socialización. Los rasgos temperamentales que consideró básicos fueron la ausencia de miedo, la búsqueda de sensaciones y la impulsividad. Las diferencias individuales en estos rasgos interactuarían con los factores del contexto que contribuyen a la socialización. Las personalidades antisociales puntuarían más alto en ausencia de miedo, búsqueda de sensaciones e impulsividad (Pinto 2003) <sup>27</sup> .

#### 1.2.4. Teorías integradoras

Las propuestas más recientes se han caracterizado por destacar la multicausalidad del fenómeno de la delincuencia, aunando factores biopsicosociales. De este modo, si bien los trastornos de la personalidad podrían ser considerados en factor de riesgo para la comisión de conductas delictivas, es necesario que intervengan también otra serie de variables que impulsen y no inhiban el hecho punible.

En algunas ocasiones podría también ocurrir que las propias características del trastorno de la personalidad (ej. sumisión, dependencia, inseguridad, compulsividad, deseabilidad social...) actúen como inhibidores de impulsos delictivos.

Las “Teorías Integradoras” tienen la finalidad de integrar el conjunto de conocimientos recopilados por las diferentes teorías criminológicas y con éste objetivo recoge las siguientes (Requejo 2016)<sup>28</sup>:

- Teoría de la subcultura de COHEN
- Teoría de la desigualdad de oportunidades CLOWAR y OHLIN
- Teoría del aprendizaje social de TRASLER
- Teoría del control de HIRSCHI
- Teoría de la asociación diferencial de SUTHERLAND y CRESSEY

---

<sup>27</sup> HERRERO, O.; ORDOÑEZ, F. Adolescencia y comportamiento antisocial. Universidad Autónoma de Madrid, 2002, Psicothema, Vol. 14, nº 2, ISSN,0214, disponible: <http://www.psicothema.com/pdf/729.pdf>

<sup>28</sup> ALCALDE REQUEJO, Sara. Disponible en:

[http://www.academia.edu/9942488/TEORIAS\\_INTEGRADORAS\\_DELINCUENCIA\\_JUVENIL](http://www.academia.edu/9942488/TEORIAS_INTEGRADORAS_DELINCUENCIA_JUVENIL)

Estas teorías se basan en la probabilidad de riesgo que no de la peligrosidad es la hipótesis de riesgo protección que se ha dirigido a perfilar variantes de riesgo y protección contra la desviación, Farrington, (citado por Fariñas y Arce )<sup>29</sup> y bajo la premisa que la delincuencia se produce mediante un proceso de interacción entre el individuo y el ambiente.

La integración requiere según Cid y Larrauri (citado por Vázquez 2003)<sup>30</sup> aceptar que el objeto básico de las teorías criminológicas es establecer factores asociados a la delincuencia y que, por tanto, puede suceder perfectamente que un fenómeno delictivo aparezca asociado con factores señalados por diversas teorías: parten de integrar y relacionar los factores individuales o personales que pueden influir en el delito con los factores sociales y estructurales.

Farrington (citado por Urbina 2011)<sup>31</sup> es uno de los principales exponentes de estas teorías integradoras. En su opinión, la delincuencia se produce mediante un proceso de interacción entre el individuo y el ambiente, que él divide en distintas etapas:

1ª - Surge la motivación: los principales deseos que producen actos delictivos son deseos de bienes materiales, de prestigio social y búsqueda de excitación. Estos deseos pueden ser inducidos culturalmente o pueden responder a situaciones específicas.

2º - Se busca el método legal o ilegal de satisfacer los deseos. Destaca el hecho de que algunas personas (sobretudo jóvenes de clase baja) tengan menos posibilidades o capacidad de satisfacer sus deseos mediante métodos legales o socialmente aprobados, y por ello tiendan a elegir métodos ilegales o desaprobados socialmente.

3º - La motivación para cometer actos delictivos se magnifica o disminuye por las creencias y actitudes interiorizadas sobre el significado de infringir la ley, que han sido desarrolladas mediante un proceso de aprendizaje como resultado de una historia de recompensas y castigos (y que habrá dado lugar a un perfil característico de personalidad del individuo).

---

<sup>29</sup> FARIÑAS Francisca. ARCE, Ramón. “*Menores infractores: un estudio de los factores de riesgo*”. Disponible en <http://apj.elsevier.es/es/item-herramientas/rif/>

<sup>30</sup> VAZQUEZ GONZALEZ Carlos (2003), “*Delincuencia juvenil. Consideraciones penales y criminológicas*”, Colex, págs. 44, Madrid, ISBN: 84-7879-770-X, 2003.

<sup>31</sup> URBINA TORTOLERO, Eladio R “*Teorías criminológicas que intentan explicar la delincuencia en la sociedad*.” Disponible en : <http://www.monografias.com/trabajos89/teorias-criminologicas-delincuencia-sociedad/teorias-criminologicas-delincuencia-sociedad2.shtml>

4ª - Proceso de decisión en una situación particular que se verá afectada por los factores situacionales inmediatos. Si la motivación para cometer el acto delictivo sobrevive a esta tercera etapa, que esta se convierta en realidad, en cada situación, dependerá de los costes, beneficios y probabilidades del posible resultados.

5ª - Las consecuencias del delinquir influyen en la tendencia criminal y en los cálculos coste – beneficios de futuros delitos.

Tras sus investigaciones, Farrington señala que “la delincuencia alcanza su cota máxima entre los 14 y 20 años, porque los chicos (especialmente aquellos de clase baja que abandonaron la escuela) tienen fuertes deseos de excitación, cosas materiales y estatus entre sus iguales, pocas posibilidades de satisfacer estos deseos legalmente y poco que perder. Por el contrario, después de los 20 años, los deseos se atenúan o se vuelven más realistas, hay más posibilidades de adquirir esas metas más limitadas legalmente, y los costos de la delincuencia son mayores” (citado en Vázquez, 2003)<sup>32</sup>

#### 1.2.4.1 Modelo de los siete factores de Cloninger.

El modelo de los siete factores de Cloninger (1998, 2000) combina lo biológico (temperamento) y lo adquirido (caracterial). Y un ejemplo de esta interacción serían los trastornos de personalidad al entrar en contacto la naturaleza y la crianza. Por tanto entiende que los rasgos o dimensiones de la personalidad son aquellas estructuras que se desarrollan a partir de la interacción entre la carga genética y la influencia del ambiente. Una predisposición genética en un ambiente adecuado puede acabar siendo influida por éste y a su vez los factores ambientales influirán sobre la predisposición genética. El modelo de personalidad de Cloninger es un modelo integrador que nos permite acercarnos al constructo de trastorno de personalidad con una mayor confianza. El entender qué es lo que tenemos que tratar nos ayudará en el diseño de programas terapéuticos individualizados donde diversas técnicas provenientes de diferentes modelos psicoterapéuticos son necesarias en función de los síntomas y del nivel de mentalización del sujeto (Bayón 2006)<sup>33</sup>.

El citado modelo puede dividirse en dimensiones temperamentales y dimensiones del carácter.

---

<sup>32</sup> VAZQUEZ GONZALEZ Carlos (2003), “*Delincuencia juvenil. Consideraciones penales y criminológicas*”, Colex, págs. 44, Madrid, ISBN: 84-7879-770-X, 2003

<sup>33</sup> BAYON, Carmen (2006). “*Modelo psicobiológico de personalidad de Cloninger. Aproximación integradora a los trastornos de personalidad y procesos psicoterapéuticos*”. Psiquiatría.com. Disponible en:

<https://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psiquiatriacom/article/viewFile/276/261>

Dimensiones temperamentales:

- Búsqueda de novedad: activación de conducta.
- Evitación del daño: inhibición conductual
- Dependencia de la recompensa: extinción y habituación de respuestas conductuales aprendidas.
- Persistencia

Dimensiones del carácter.

- Cooperación: empatía vs hostilidad
- Autotranscendencia: originalidad e imaginación vs control
- Autodirección o capacidad de autorregular la conducta: capacidad de mantener una conducta en la dirección de un objetivo vs inseguridad.

#### 1.2.4.2 Teoría del autocontrol o teoría general de la delincuencia.

Los estudios que relacionan rasgos de personalidad y delincuencia dieron lugar a que los autores Gottfredson y Hirschi (1990) propusieran un modelo de comportamiento antisocial en el cual incluyeron un “rasgo latente” de bajo autocontrol que incluiría los siguientes:

- la impulsividad,
- la temeridad
- la búsqueda de sensaciones.
- la falta de empatía.

Este bloque explicaría las diferencias individuales en la tendencia a emitir o inhibir conductas antisociales de forma estable. Ampliando más lo anteriormente indicado, y siguiendo lo explicado por Gottfredson y Hirschi, las personas con bajo autocontrol muestran una clara colección de características sobre su actitud y su conducta:

- orientación al “aquí y ahora”
- buscan refuerzos inmediatos y se oponen a los refuerzos demorados
- preferencia por tareas fáciles y sencillas sobre aquellas que suponen diligencia, tenacidad y persistencia
- interés e implicación en actividades excitantes y de riesgo, frente a la actividad reflexiva
- dificultad en ver los beneficios a largo plazo de inversiones en instituciones sociales
- se sienten atraídos por tareas que requieran poca habilidad o planificación
- es cruel, insensible, irascible, egoísta y poco comprensivo con los demás

Las personas con bajo autocontrol, tal y como los citados autores lo definen, se sentirán atraídas a implicarse en conductas imprudentes tales como fumar, apostar, beber, la promiscuidad sexual y la conducción peligrosa, conductas delictivas que abarcan el uso de fuerza y el fraude en contra de los demás, y el fracaso o la indiferencia en la familia, escuela, trabajo y otras instituciones sociales.

El concepto “autocontrol” resulta sin duda relevante en el análisis de la conducta delictiva. Un trabajo efectuado en EEUU por Vaughn, Delisi, Beaver, Wright y Howard (2007) profundiza en el estudio del autocontrol y su relación con la violencia y concluyen que es un constructo que se solapa con otros como la impulsividad, neurodesinhibición y otros conceptos centrales posiblemente implicados en la disminución de la capacidad de autogobierno de los individuos. Es muy interesante el solapamiento que, en el citado estudio, se detecta entre los rasgos <sup>35</sup>.

---

<sup>35</sup> GONZÁLEZ GUERRERO, Laura . (2012). *Trastornos de la personalidad: Influencia sobre la conducta delictiva y repercusiones forenses en la jurisdicción penal*. Universidad Complutense de Madrid, Servicio de Publicaciones.

### 1.3 Resumen

Los trastornos de personalidad supone en nuestro entorno cultural y basándonos en un conocimiento empírico, la exteriorización de los procesos desadaptativos y poco flexibles de los rasgos individuales de las personas que las padecen. Esta parte última sobre la flexibilidad del trastorno, ha evolucionado de inflexible a poco flexible en el actual DSM.5. Las distintas investigaciones y aportaciones al DSM-5 han ido confirmado una mayor tipificación de carácter dimensional por la que la psicopatología constituye una progresión a lo largo de una escala continua que define los rasgo de la personalidad. Hay un creciente consenso acerca de la naturaleza dimensional de los trastornos, y que la personalidad anormal se caracteriza por la variación extrema de una personalidad normal, Widiger y Simonsen, 2005, (citado por Guerrero 2012) <sup>36</sup>.

En la actualidad no existen dudas acerca del origen/etiología de la delincuencia. No es atribuible de forma unívoca a la presencia de un trastorno de personalidad si no a una etiología multifactorial. apreciándose una tendencia hacia la integración de factores como mejor explicación de las conductas delictivas y en particular en cuanto a los trastornos de personalidad se refiere.

Si bien son muchas la teorías explicativas sobre personalidad y comportamiento delictivo, es cierto que nunca ha resultado totalmente aceptado, confirmado y validado la hipótesis de “perfil de personalidad propia”, pero si existe acuerdo con suficiente “aval científico” para establecer que entre los delincuentes existen individuos afectados por distintos grados y tipo de trastorno psicológicos crónicos

El cambio en la concepción y sus consecuencias tendrán una incidencia directa sobre el abordaje psicológico forense de los trastornos de personalidad.

La posibilidad del análisis dimensional de cada rasgo que define los trastornos de personalidad permitirá efectuar un acercamiento mas exacto al efecto o influencia que tiene sobre las conductas delictivas y de ese modo encontrar una herramienta mas eficaz y justa en la aplicación de la política criminal.

Todo ello puede ser potenciado si se encuentra en el futuro marcadores psicológicos o biológicos de la alteración psicológica basados en las pruebas de neuroimagen, en la evaluación psicológica, en test de laboratorio, en la epidemiología o en la genética como dicen Szyf y Bick, 2013 <sup>37</sup>.

---

<sup>35</sup> GONZÁLEZ GUERRERO, Laura . (2012). *Trastornos de la personalidad: Influencia sobre la conducta delictiva y repercusiones forenses en la jurisdicción penal*. Universidad Complutense de Madrid, Servicio de Publicaciones.

<sup>36</sup> SZYF, M., y BICK, J. (2013). DNA methylation: A mechanism for embedding early life experiences in the genome. *Child Development*, 84,49-57

## CAPÍTULO II. PREVALENCIA DE LOS TP

### 2.1 Trastornos de personalidad e implicación delictiva

En el diccionario de la Real Academia Española en su edición del tricentenario define la prevalencia en su tercera acepción como “ En epidemiología, proporción de personas que sufren una enfermedad con respecto al total de la población en estudio”. Existen tres tipos de prevalencias según la Organización Mundial de la Salud (2001):

- a) prevalencia puntual, referida a las personas que presentan un trastorno o enfermedad en un momento determinado.
- b) prevalencia de periodo referidas a las personas que presentan un trastorno o enfermedad en algún momento o a lo largo de un periodo.
- c) prevalencia de vida: referida a las personas que presentan un trastorno o enfermedad en algún momento o a lo largo de su vida.

Estas prevalencias se medirán en términos de proporción o de porcentaje.

#### 2.1.1 Prevalencia en Delitos asociados a condenados con trastornos de personalidad. Tipología delictiva

En una amplia revisión de distinta literatura multidiscipliar relativa al estudio del binomio de personalidad – delincuencia llevado a cabo por Guerrero Gonzalez (2012)<sup>38</sup>, sobre una muestra de n=400, sobre encausados con trastornos de personalidad, se han analizado distintos porcentajes en relación a estas entidades diagnósticas y variables demográficas, psicopatologías y criminodinámicas (conductuales, relacionales y tipología delictivas). El análisis de la doctrina jurisprudencial le ha permitido observar también cual es la evolución y perspectiva del momento (2011-2012), sobre la imputabilidad de los procesos diagnosticados con un trastorno de la personalidad. En cuanto a la muestra de estudio, a nivel descriptivo general Guerrero señala que han predominado los varones (85%), entre 34-41 años de edad (53%) y sin antecedentes penales (57%). El análisis de la muestra correspondiente a cada trastorno de la personalidad le ha permitido comprobar algunas peculiaridades:

- en el trastorno histriónico de la personalidad predominan las mujeres (60%), siendo en el trastorno de la personalidad por dependencia donde se encuentra representado el siguiente mayor porcentaje de mujeres (39%), aunque ya sin superar a los varones.

---

<sup>37</sup> GONZÁLEZ GUERRERO, Laura . (2012). *Trastornos de la personalidad: Influencia sobre la conducta delictiva y repercusiones forenses en la jurisdicción penal*. Universidad Complutense de Madrid, Servicio de Publicaciones. Disponible en: <http://eprints.ucm.es/14431/>

- en el trastorno antisocial de la personalidad prevalecen los individuos situados en el baremo de edad 18-25 años, siendo en este trastorno donde se encuentran los encausados más jóvenes.
- en los trastornos paranoide y narcisista de la personalidad es donde se detectan los porcentajes más altos en los baremos superiores de edad (10% y 9% respectivamente son mayores de 50 años)
- en la muestra de casos de encausados con trastorno antisocial de la personalidad, predominan los individuos con antecedentes penales (50%), siendo el único grupo en el que esto ocurre (sugere de la mayor asociación a estas personas de desarrollos de trayectorias criminales).

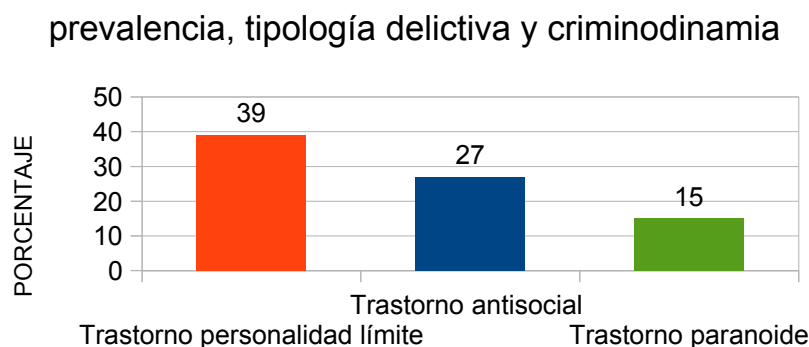
Por otra parte, en cuanto a los trastornos psicopatológicos comórbidos detectados, se observó una clara prevalencia de los trastornos por consumo de sustancias (32%), siendo especialmente destacable este dato si se atendía aisladamente a los trastornos del cluster B (43%) y dentro de éste a los trastornos antisocial (58%) y límite (52%) de la personalidad.

En la revisión lleva a cabo en el mismo estudio, Guerrero encontró que las características psicopatológicas que con más frecuencia tienden a recogerse en las sentencias para explicar cómo un trastorno de la personalidad ha podido influir – impulsando o modelando – la conducta criminal, obtuvo las siguientes: alta impulsividad, inestabilidad emocional, explosiones de ira ante estímulos estresantes, baja resistencia a la frustración, egocentrismo, suspicacia relacional, baja empatía, frialdad emocional, incesante búsqueda de sensaciones y dificultad para establecer vínculos afectivos.

Para Guerrero, la detección de estos factores en la evaluación pericial pueden resultar de sumo interés. En cuanto a la prevalencia, tipología delictiva y criminodinamia, cabe destacar la mayor presencia en el ámbito penal de imputados con:

- trastornos de la personalidad límite (39%)
- antisocial (27%)
- paranoide (15%)

Gráfico 2.1 Incidencia porcentual de prevalencia según la tipología delictiva y criminodinamia en imputados





No obstante, a lo largo del trabajo se aportan datos que sugieren la mayor implicación delictiva de los individuos con trastorno antisocial de la personalidad sobre los que tienen un trastorno límite, informándose de características de la muestra que han podido sesgar el resultado ofrecido. Entre los delitos hallados, predominan en general los delitos contra las personas (47%), cometidos de modo individual (76%) -especialmente cuando el imputado padece un trastorno del cluster A (87%) - y contra alguna persona conocida por el delincuente (65%).

Al considerar exclusivamente los delitos detectados de violencia sobre la mujer, predominan los trastornos paranoide (19.7%), narcisista (19.7%) y obsesivo-compulsivo (13.6%) de la personalidad; en el caso de los delitos de violencia doméstica, predominan sin embargo los trastornos esquizoide (22%), límite (17%) y esquizotípico (15%) de la personalidad. El análisis cualitativo de la información proporcionada en las sentencias y la revisión de literatura específica, permitió comprender la gran diferencia existente entre la motivación delictiva subyacente atendiendo al tipo de trastorno de la personalidad del imputado; este dato se considera de utilidad en la evaluación psicológica forense, especialmente a la hora de explicar si existe relación entre la posible afección psíquica y el delito.

Gráfico 2.2 Indicencia porcentual de los principales trastornos de personalidad detectados en delitos violencia sobre la mujer

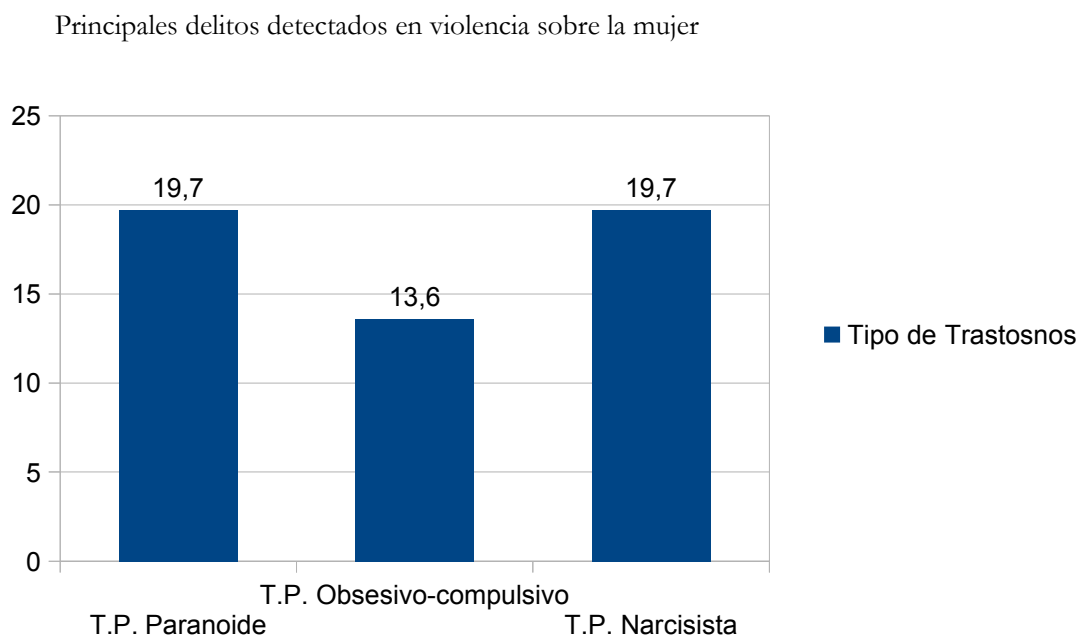
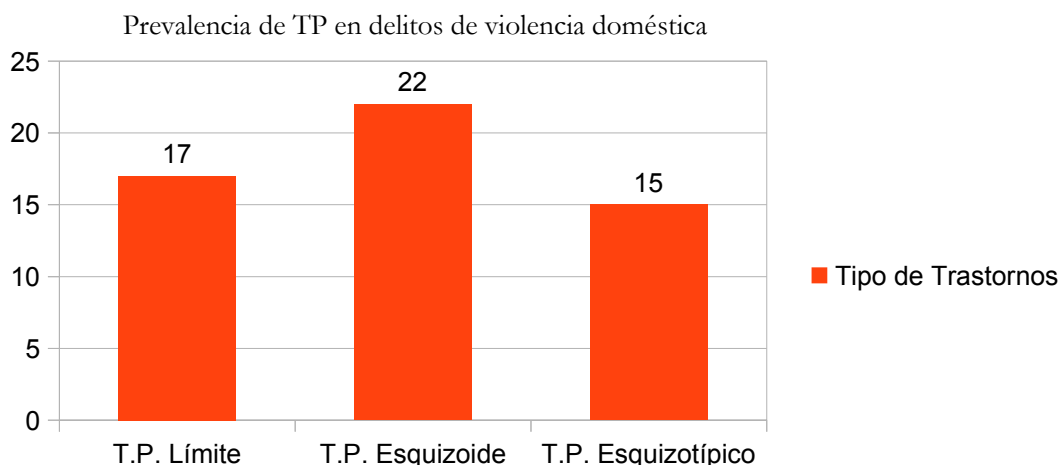


Gráfico 2.3 Indicencia porcentual de los principales trastornos de personalidad detectados en delitos violencia doméstica



Con la prudencia derivada de los escasos datos obtenidos, puede indicarse que fue en el cluster C, en conjunto, donde se detectó un mayor porcentaje de confesiones o entrega voluntaria a las autoridades, así como intento de suicidio, si bien fue en la muestra de encausados con trastorno paranoide de la personalidad donde se apreció una frecuencia mayor de confesiones (16%)<sup>39</sup>

Un estudio de prevalencia llevado a cabo por el Hospital Universitario Vall d’Hebron<sup>40</sup> de Barcelona, en un población recluso de internos con trastornos de personalidad asociados con trastorno por consumo de sustancias usando el autoinforme PDQ-+4, arrojó los siguiente resultados

El tipo de delito más frecuentemente cometido entre los presos era el robo (76.5%), incluyendo robo con violencia.

El 45.1% de los sujetos puntuaban como positivos para el TP Antisocial, seguido por el 35.3% de TP Paranoide y 23.5% TP Obsesivo-Compulsivo.

Los resultados indican una muestra de hombres encarcelados con un perfil clínico caracterizado por TUS y TPs, presentando casi la mitad de la muestra un TP Antisocial.

Conclusiones. La presencia de TP Antisocial y Paranoide con TUS sugieren un perfil de personalidad más complejo, con tendencia a presentar delitos más graves, incluyendo el robo con violencia.

<sup>38</sup> GONZÁLEZ GUERRERO, Laura . (2012). *Trastornos de la personalidad: Influencia sobre la conducta delictiva y repercusiones forenses en la jurisdicción penal*. Universidad Complutense de Madrid, Servicio de Publicaciones. Disponible en: <http://eprints.ucm.es/14431/>

<sup>39</sup> CALVO, Natalia; NASILLO, Viviana; MARC Ferrer. “Estudio de prevalencias de trastornos de personalidad en una muestra de presos con trastornos por uso de sustancias usando el autoinforme PDQ-4+”. Disponible en <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/18/103/ESP/18-103-ESP-178-82-306341.pdf>

Una valoración más amplia de los TP debería ser realizada en muestras penitenciarias para poder identificar aquellos sujetos más peligrosos con mayor riesgo de reincidencias.

En un fechas mas reciente de la Universidad Internacional de Cataluya, la Unidad de Psiquiatría, Grupo Hestia y el Institut de Medicina Legal de Cataluya, (2015)<sup>41</sup>, se llevo a cabo un estudio descriptivo retrospectivo del tratamiento jurisprudencial que reciben los TP mediante la revisión de 77 sentencias condenatorias del Tribunal Supremo entre febrero de 1998 y noviembre de 2010. En dicho estudio los TP que más se tienen en cuenta en la valoración de la imputabilidad son el paranoide, límite, no especificados y antisocial, pero sin considerarse eximente de la responsabilidad criminal. En los supuesto de comorbilidad generalmente se aprecia una eximente incompleta o atenuante analógica de anomalía o alteración psíquica.

En la condena por delitos cometidos por sujetos afectados por TP, el reconocimiento de dicho trastorno tiene una incidencia relativa en la pena, imponiéndose esta en su mitad inferior o, a lo sumo, rebajándose la pena inferior en un solo grado. La adopción de medidas de seguridad para los semiimputables en caso de TP es excepcional.

La frecuencia de aparición de los distintos TP (y sus grupos) en las 77 sentencias analizadas fue: grupo A (paranoide 7 casos, 9%; esquizoide 3 casos, 4%; esquizotípico 0 casos, 0%): 10 casos, 13% del total; grupo B (antisocial 20 casos, 26%; narcisista 1 caso, 1%; límite 14 casos, 18%): 35 casos, 45% del total; grupo C (obsesivo-compulsivo 2 casos; 3%): 2 casos, 3% del total; no especificado 16 casos, 21%, y mixto 14 casos, 18%.

Los tipos penales asociados a los TP en las sentencias analizadas (teniendo en cuenta que 28 de las 77 sentencias son condenatorias por más de un delito, registrándose un total de 127 delitos) fueron: 41 (32,3%) asesinato/homicidio, 11 (8,7%) lesiones, 14 (11,0%) agresiones sexuales, 23 (18,1%) robos, 13 (10,2%) delitos contra la salud pública y 25 (19,7%) otros.

Por lo que respecta a las medidas de seguridad o penas accesorias, únicamente en 5 casos existió un pronunciamiento favorable sobre las medidas de seguridad a semiimputables, imponiéndola en 2 resoluciones; en un TP paranoide asociado al consumo de sustancias tóxicas (internamiento en centro psiquiátrico) y en un TP límite asociado al consumo de alcohol y sustancias tóxicas (prohibición de acudir al domicilio de la víctima) y, remitiendo la adopción de una medida de seguridad a la fase de ejecución de la sentencia dada la peligrosidad del condenado en 3 resoluciones; en 2 casos de TP

---

<sup>40</sup> LORENZO GARCIA, F. MARTÍN-FUMADO, C. Revista Española de Medicina legal. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-medicina-legal-285-articulo-trastornos-personalidad-jurisprudencia-espanola-S0377473215000681?referer=buscador>

paranoide y en uno de TP inespecífico asociado a una grave adicción a sustancias tóxicas.

Tabla 2.1 . Niveles de responsabilidad criminal declarada según TP (con o sin comorbilidad)

| TP N.  | N. Eximentes | N Eximentes<br>incompletas | N. Atenuantes<br>analógicas | N. No afectación<br>RC |
|--|--------------|----------------------------|-----------------------------|------------------------|
| Paranoide  | 0            | 3                          | 2                           | 0                      |
| Esquizoide   | 0            | 0                          | 1                           | 1                      |
| Antisocial   | 0            | 0                          | 4                           | 4                      |
| Narcisista   | 0            | 0                          | 0                           | 1                      |
| Límite   | 0            | 0                          | 5                           | 2                      |
| Obsesivo-<br>compulsivo                            | 0            | 0                          | 0                           | 2                      |
| Mixto  | 0            | 1                          | 5                           | 4                      |
| No especificado                                    | 0            | 1                          | 2                           | 3                      |
| TP+Trast. Por<br>consumo de<br>sustancias de abuso | 0            | 16                         | 14                          | 2                      |
| TP+ Límite   | 0            | 2                          | 0                           | 0                      |
| TP + Trastorno<br>mental severo                    | 0            | 0                          | 2                           | 0                      |
| TOTAL 77 (100%)                                    | 0,00%        | 23 (30%)                   | 35 (45%)                    | 19 (25%)               |

Tal y como apunta Zabala (2016) <sup>42</sup> en el año 2001, la OMS publica el Informe sobre la salud en el mundo, que está dedicado a la salud mental y que “marcó un hito histórico en el campo de la salud mental en el contexto global y señaló claramente las puertas de esperanza que se abren para un mejor entendimiento, respeto y tratamiento de los enfermos mentales” . En este informe las encuestas ya señalan datos relevantes, estimándose una prevalencia puntual de enfermedades neuropsiquiátricas en torno al 10%, lo que equivale aproximadamente a 450 millones de personas en todo el mundo y una prevalencia vida de un 25% de personas con uno o más trastornos mentales a lo largo de su vida, tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo, siendo más frecuentes en la población femenina lo

<sup>41</sup> LORENZO GARCIA, F. MARTÍN-FUMADO, C. Revista Española de Medicina

legal.<http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-medicina-legal-285-articulo-trastornos-personalidad-jurisprudencia-espanola-S0377473215000681?referer=buscador>

<sup>42</sup> ZABALA BAÑOS, Maria Carmen. “Prevalencia de trastornos mentales en prisión: análisis de la relación con delitos y reincidencia. Madrid. 2016. Disponible en: <http://eprints.ucm.es/35879/1/T36874.pdf>

apunta la influencia de la pobreza como factor ambiental y una comorbilidad muy frecuente entre los trastornos de ansiedad y depresión y los trastornos asociados al consumo de sustancias.

En Europa, se realizó en el 2004, el European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMED) Project (Alonso et al., 2004). Es un estudio auspiciado por la OMS, dentro de su iniciativa para conocer la prevalencia e incidencia de los trastornos mentales y adicciones en el mundo.

Su procedimiento metodológico e instrumentos homogéneos, le colocan como un referente en epidemiología de los trastornos mentales en Europa sobre la prevalencia, la carga de discapacidad asociada y las necesidades médicas no cubiertas de los trastornos mentales en Europa. Se realizó en población adulta mayor de 18 años y una muestra de 21.425 personas no institucionalizadas. Estudia la prevalencia vida y la prevalencia año de trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad y trastorno por consumo de alcohol en seis países: Alemania, Bélgica, España, Francia, Holanda e Italia. La variabilidad en las prevalencias estimadas fue importante, así en Bélgica y Francia se obtuvieron las proporciones más altas y en Italia y España las más bajas.

Es curioso este dato sobre todo si lo comparamos con la Paradoja Latina (Gabilondo 2011)<sup>41</sup> en la que esta aparente resistencia al efecto adverso de los determinantes sociales se extiende tanto a la salud física como mental. La paradoja hispana o ventaja de salud latina fue descrita en la década de los 80 entre los latinos de EEUU y hace referencia a los resultados de diversos estudios que mostraron unos mejores resultados de salud en diferentes comunidades latinas a pesar de tener una situación socioeconómica más desfavorecida (Markides, K. S. and Coreil, J. 1986).

Esta aparente resistencia al efecto adverso de los determinantes sociales es el elemento fundamental de la paradoja latina y se extiende tanto a la salud física como mental .

En cuanto a los resultados obtenidos por el el European Study of the Epidemiology of Mental Disorders En porcentajes los resultados revelan una prevalencia vida del 14% para cualquier trastorno del estado de ánimo, seguido de los 13,6% para los trastornos de ansiedad y un 5,2% para cualquier trastorno relacionado con el alcohol. Estos mismos trastornos en el último año, sitúan a los trastornos de ansiedad como los más frecuentes con un 6%, seguido del 4,2% para cualquier trastorno de ánimo y un 10% para cualquier trastorno de alcohol, siendo la depresión mayor el trastorno más frecuente dentro de los trastornos del estado de ánimo y la fobia específica la más frecuente dentro de los trastornos por ansiedad (Alonso et al., 2004).

En cuanto a la relación de los trastornos mentales con variables sociodemográfica, los datos

revelan que las mujeres presentan el doble de probabilidad de padecer cualquier trastorno de ánimo o ansiedad y los hombres trastornos por abuso de alcohol. Las personas en situación de desempleo, baja laboral, personas con discapacidad, solteros y divorciados tiene más probabilidad de padecer cualquier trastorno mental. El grupo de edad entre 18-24 años, presentó la tasa más elevada. Las personas con mayor nivel educativo presentaron mayor probabilidad de sufrir trastornos por abuso de alcohol y menor riesgo de padecer trastorno mental y las que viven en áreas urbanas presentaron un ligero riesgo de padecer trastorno mental respecto a las que vivían en zonas rurales. Los resultados obtenidos ponen en evidencia la relevancia de los trastornos mentales en la población, informando que una de cada cuatro personas había sufrido un trastorno mental a lo largo de su vida y una de cada diez en el último año. Aunque este estudio permitió por primera vez realizar comparaciones muy ajustadas entre los distintos países, no estuvo exento de críticas como la restricción de los criterios de selección y de diagnóstico, lo que pudiera dar lugar a reflejar, probablemente, un porcentaje más bajo del que realmente existía. Este estudio fue replicado en nuestro país, obteniendo unos resultados que comentaremos más adelante (Retolaza, 2007) <sup>43</sup> .

En España los estudios nacionales y regionales sobre prevalencia de trastorno mental en población general, que se han realizado con muestras representativas, han sido más bien escasos así como los estudios multinacionales en los que se ha participado (Gabilondo, 2011) <sup>44</sup> . Siguiendo a Zabala Baños (2016) <sup>45</sup> los trastornos de personalidad también ha sido estudiados en nuestro país. Aragonés et al. (2013) realizaron un estudio en Cataluña, analizando las bases de datos de atención primaria para estimar la prevalencia del trastorno límite de la personalidad y los datos revelaron una prevalencia del trastorno de 0,017%, y fue mayor en pacientes con otros trastornos mentales, particularmente trastornos de abuso de sustancias (0,16%).

---

<sup>43</sup> RETOLAZA BELSATEGUI, Ander. *“Trastornos mentales comunes. Manual de orientación.”*. Disponible <http://www.osalde.org/drupal-5.1/files/Documentos/Trastornos-Mentales-Comunes-Manual-de-Orientacion.pdf>

<sup>44</sup> GABILONDO CUELLAR, Andrea. *“Epidemiología del episodio depresivo mayor. Estudio descriptivo y análisis de resultados en el contexto europeo”*. Proyecto ESEMED- ESPAÑA Disponible en : <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/77785/tagc.pdf?sequence=1>

<sup>45</sup> ZABALA BAÑOS, María Carmen. *“Prevalencia de trastornos mentales en prisión: análisis de la relación con delitos y reincidencia.* Madrid. 2016. Disponible en: <http://eprints.ucm.es/35879/1/T36874.pdf>

Los autores concluyen que el número de diagnósticos de trastorno límite de la personalidad registrado en atención primaria es muy bajo, lo que contrasta con los datos poblacionales disponibles, ya que es un trastorno común, con unas tasas de prevalencia en la población entre el 1,4% y el 5,9%. Anteriormente Barrachina et al. (2011) estudiaron la comorbilidad del trastorno límite de la personalidad con el resto de los trastornos de personalidad contemplados en el Eje II del DSM-IV-TR, encontrando que cerca del 74% de los pacientes con dicho trastorno presentaban al menos comorbilidad con otro trastorno de personalidad, siendo los más frecuentes el trastorno paranoide, el trastorno pasivo-agresivo, el trastorno por evitación, y el trastorno dependiente.

Las mujeres presentaron mayor comorbilidad con el trastorno dependiente, mientras que los hombres mostraron mayores tasas de comorbilidad con el trastorno antisocial, siendo la prevalencia de éste del 22,9% (Torrens et al., 2011). Las estimaciones de prevalencia de los trastornos de personalidad, siguen siendo desconocidas (Lenzenweger, Lane, Loranger, & Kessler, 2007). En su estudio vieron que las estimaciones de la prevalencia para cualquier trastorno de personalidad fueron del 9,1%, siendo la prevalencia del 5,7% para el cluster A, 1,5% para el cluster B y 6,0% para el cluster C. Lo interesante de este estudio fue encontrar que estos trastornos fueron significativamente comórbidos con los trastornos del Eje I, hecho que hizo plantearse que la repercusión para la salud de este tipo de trastornos, radica en sus efectos sobre los trastornos con los que es comórbido y no sobre su funcionamiento. Merikangas et al. (2007) encontraron una prevalencia vida y año del 2,4% y 1,4% respectivamente para el trastorno límite de la personalidad, presentando una comorbilidad con otros trastornos, especialmente con el trastorno de ansiedad. Huang et al. (2009), encontraron una prevalencia menor del 6,1%, distribuyéndose en los tres cluster con unos porcentajes de 3,6% para el cluster A, 1,5% para el cluster B y 2,7% para el cluster C.

### 2.1.2 Delitos asociados a condenados con trastornos de personalidad. Tipología delictiva

En estudio llevado a cabo por Zabala Baños (2016)<sup>46</sup> sobre la prevalencia del trastorno de personalidad en la población reclusa se llegó a lo siguiente:

#### 1.-Características sociodemográficas

La muestra del estudio estaba integrada por 184 varones mayores de edad internos en los centros penitenciarios de Ocaña I, Ocaña II y Madrid VI, situándose la media de edad en 39,55 años ( $DE = 11,33$ ). con distintas características sociodemográficas de edad, lugar de nacimiento, situación de

---

<sup>46</sup> ZABALA BAÑOS, María Carmen. "Prevalencia de trastornos mentales en prisión: análisis de la relación con delitos y reincidencia. Madrid. 2016. Disponible en: <http://eprints.ucm.es/35879/1/T36874.pdf>

residencia en España, nivel máximo de estudios alcanzados y situación laboral antes del ingreso.

## 2.-Características penales

En cuanto a las características penales, analiza el tipo de delito por el que cumplían condena.

Como se observa en la Tabla 2.2, el 33,2% de la muestra lo hacía por delitos contra la salud pública, el 20,7% por robo con violencia y el 11,4% por robo con intimidación. A continuación los delitos de violencia doméstica, con un porcentaje del 9,2%, y los de robo sin intimidación y sin violencia, ambos con un porcentaje del 7,1%. El resto de delitos registraban porcentajes entre el 5,4%, en el caso de las lesiones, y el 0,5%, en el caso de quebrantamiento de condena. .

La categoría que aglutinaba otro tipo de delitos registraba un porcentaje del 20,8% .

Tabla 2.2. Tipo de delito por el que cumple condena: porcentaje de sujetos que sí ha cometido cada tipo de delito

| Tipo de delito                 | Porcentaje |
|--------------------------------|------------|
| Homicidio                      | 4'9%       |
| Tentativa homicida             | 3'3%       |
| Asesinato                      | 2'7%       |
| Delito sexual                  | 4'9%       |
| Violencia doméstica            | 9'2%       |
| Lesiones                       | 5'4%       |
| Robo con violencia             | 20'7%      |
| Robo con intimidación          | 11'4%      |
| Robo sin intimidación          | 7'1%       |
| Robo sin violencia             | 7'1%       |
| Delito contra la salud pública | 33'2%      |
| Quebrantamiento de condena     | 0'5%       |
| Incendios                      | 1'1%       |
| Amenazas/coacciones            | 1'6%       |
| Otros                          | 20'8%      |

Se aplicó el Cuestionario IPDE para los datos relativos a los probables trastornos de personalidad. En primer lugar, se analizó el porcentaje de sujetos de la muestra que tenía cada uno de los 10 rasgos considerados, así como la proporción de internos que presentaban probabilidad de tener algún trastorno de personalidad. Estos resultados se presentan en el Gráfico 2.4.

De los tres trastornos que conforman el Cluster A (trastorno paranoide, trastorno esquizoide y

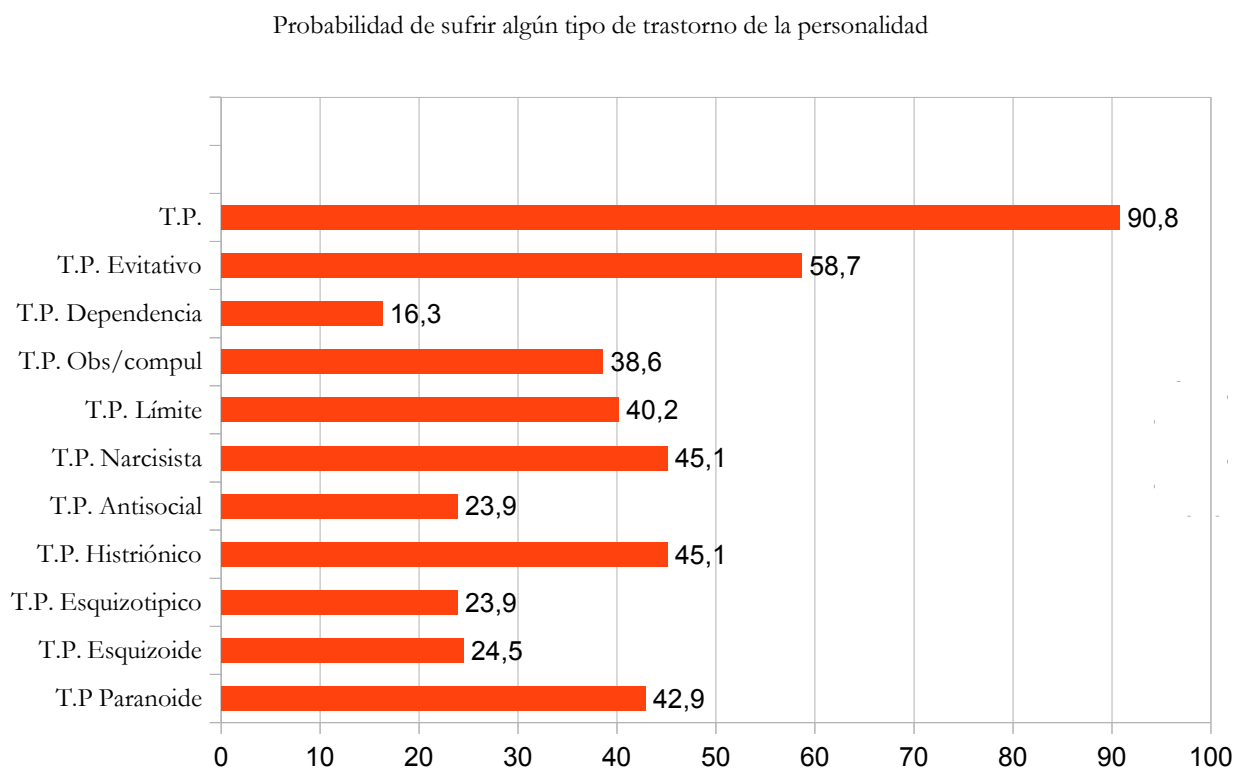


trastorno esquizotípico), el trastorno paranoide de la personalidad era, con diferencia, el más frecuente, registrando un porcentaje del 42,9%. Dentro del Cluster B (trastorno histriónico, trastorno antisocial, trastorno narcisista y trastorno límite), las frecuencias más elevadas correspondían a los trastornos histriónico de la personalidad y trastorno narcisista de la personalidad (45,1% en ambos casos).

Por último, entre los trastornos que se integran dentro del Cluster C (trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno por dependencia y trastorno evitativo), el trastorno evitativo de la personalidad era el más frecuente con un porcentaje del 58,7%.

Por otro lado, como se observa también en el Gráfico 2.4, el 90,8% de los internos presentaba (Zabala 2016) <sup>47</sup> .

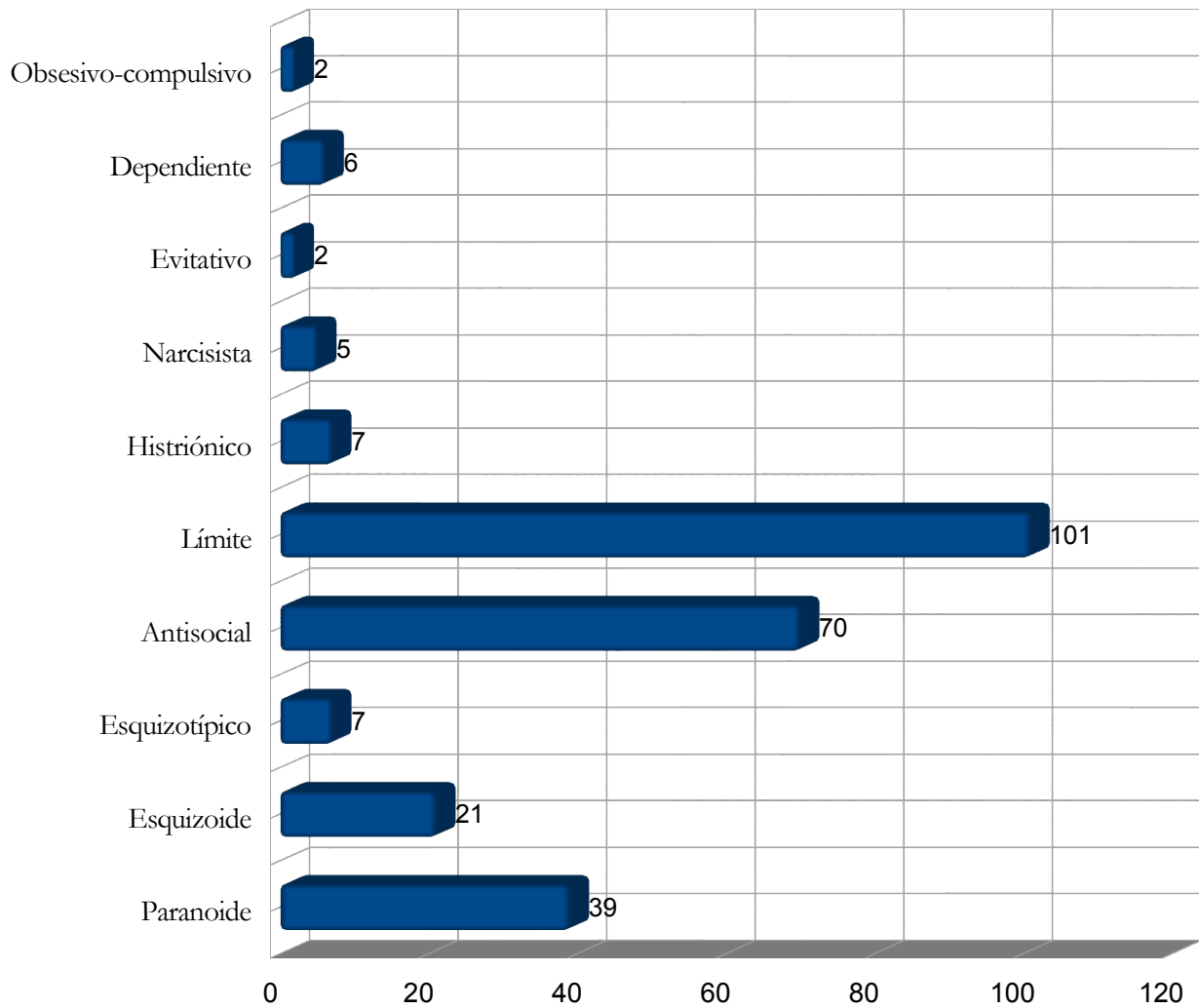
Gráfico 2.4 Probabilidad porcentual de sufrir algún tipo de trastorno de la personalidad



<sup>47</sup> ZABALA BAÑOS, Maria Carmen. "Prevalencia de trastornos mentales en prisión: análisis de la relación con delitos y reincidencia. Madrid. 2016. Disponible en: <http://eprints.ucm.es/35879/1/T36874.pdf>

Gráfico. 2.5 . Sentencias extraídas entre junio 2008 y 30 de junio 2009 (Guerrero 2012) <sup>48</sup>

Sentencias extraídas (01 de junio 2008 a 30 junio 2009) n =260



<sup>48</sup> GONZÁLEZ GUERRERO, Laura . (2012). *Trastornos de la personalidad: Influencia sobre la conducta delictiva y repercusiones forenses en la jurisdicción penal*. Universidad Complutense de Madrid, Servicio de Publicaciones. Disponible en: <http://eprints.ucm.es/14431/>

TFG- LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y CONDUCTA DELICTIVA

En el estudio realizado por Guerrero González (2012) <sup>49</sup> sobre Trastorno de personalidad y delincuencia extrae los delitos cometidos en función del Cluster al que se encuadra el sujeto imputado. Véanse Tablas 2.3, 2.4 , 2.5 y 2.6

Tabla 2.3. Trastorno de la Personalidad y principal delito imputado (Cluster A)

| TIPO DELITO                             | PARANOIDE |    | ESQUIZOIDE |    | ESQUIZOTIPICO |    | TOTAL    |    |
|---|-----------|----|------------|----|---------------|----|----------|----|
|   | <i>n</i>  | %  | <i>n</i>   | %  | <i>n</i>      | %  | <i>n</i> | %  |
| <i>Homicidio y sus formas</i>           | 18        | 36 | 15         | 30 | 15            | 30 | 48       | 32 |
| <i>Lesiones</i>                         | 9         | 18 | 5          | 10 | 10            | 20 | 24       | 16 |
| <i>Contra la libertad</i>               | 6         | 12 | 5          | 10 | 2             | 4  | 13       | 9  |
| <i>Delitos sexuales</i>                 | 3         | 6  | 9          | 18 | 4             | 8  | 16       | 11 |
| <i>Contra la intimida</i>               | 0         | 0  | 0          | 0  | 0             | 0  | 0        | 0  |
| <i>Contra el patrimonio</i>             | 4         | 8  | 6          | 12 | 8             | 16 | 18       | 12 |
| <i>Contra la seguridad pública</i>      | 5         | 10 | 6          | 12 | 4             | 8  | 15       | 10 |
| <i>Falsedades</i>                       | 1         | 2  | 0          | 0  | 0             | 0  | 1        | 1  |
| <i>Contra la Admón.de Justicia</i>      | 1         | 2  | 1          | 2  | 0             | 0  | 2        | 1  |
| <i>Contra el orden público</i>          | 0         | 0  | 0          | 0  | 4             | 8  | 4        | 3  |
| <i>Faltas</i>                           | 2         | 4  | 1          | 2  | 2             | 4  | 5        | 3  |
| <i>Contra las relaciones familiares</i> | 0         | 0  | 1          | 2  | 1             | 2  | 2        | 1  |
| <i>Abandono de destino</i>              | 0         | 0  | 1          | 2  | 0             | 0  | 1        | 1  |
| <i>Contra la Constitución.</i>          | 1         | 2  | 0          | 0  | 0             | 0  | 1        | 1  |

TFG- LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y CONDUCTA DELICTIVA

Tabla 2.4. Trastorno de la Personalidad y principal delito imputado (Cluster B)

| TIPO DELITO                      | ANTISOCIAL |    | LÍMITE |    | HISTRIONICO |    | NARCISITA |    | TOTAL |    |
|----------------------------------|------------|----|--------|----|-------------|----|-----------|----|-------|----|
|                                  | n          | %  | n      | %  | n           | %  | n         | %  | n     | %  |
| Homicidio y sus formas           | 23         | 46 | 10     | 20 | 7           | 20 | 8         | 22 | 48    | 28 |
| Lesiones                         | 6          | 12 | 9      | 18 | 3           | 9  | 3         | 8  | 21    | 12 |
| Contra la libertad               | 0          | 0  | 0      | 0  | 1           | 3  | 2         | 5  | 3     | 2  |
| Delitos sexuales                 | 6          | 12 | 3      | 6  | 1           | 3  | 5         | 13 | 15    | 9  |
| Contra la intimida               | 0          | 0  | 1      | 2  | 0           | 0  | 1         | 3  | 2     | 1  |
| Contra el patrimonio             | 7          | 14 | 12     | 24 | 7           | 20 | 4         | 11 | 30    | 2  |
| Contra la seguridad pública      | 2          | 4  | 6      | 12 | 5           | 14 | 4         | 11 | 17    | 10 |
| Falsedades                       | 0          | 0  | 1      | 2  | 3           | 9  | 4         | 11 | 8     | 5  |
| Contra la Admón.de Justicia      | 1          | 2  | 3      | 6  | 2           | 6  | 1         | 3  | 7     | 4  |
| Contra el orden público          | 5          | 10 | 4      | 8  | 2           | 6  | 1         | 3  | 12    | 7  |
| Faltas                           | 0          | 0  | 1      | 2  | 4           | 11 | 3         | 8  | 8     | 5  |
| Contra las relaciones familiares | 0          | 0  | 0      | 0  | 0           | 0  | 1         | 3  | 1     | 1  |
| Abandono de destino              | 0          | 0  | 0      | 0  | 0           | 0  | 0         | 0  | 0     | 0  |
| Contra la Constitución.          | 0          | 0  | 0      | 0  | 0           | 0  | 0         | 0  | 0     | 0  |

TFG- LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y CONDUCTA DELICTIVA

Tabla 2.5. Trastorno de la Personalidad y principal delito imputado (Cluster C)

| TIPO DELITO                             | EVITATIVOS |    | DEPENDIENTE |    | ANACASTICO |    | TOTAL    |    |
|---|------------|----|-------------|----|------------|----|----------|----|
|   | <i>n</i>   | %  | <i>n</i>    | %  | <i>n</i>   | %  | <i>n</i> | %  |
| <i>Homicidio y sus formas</i>           | 3          | 12 | 12          | 33 | 6          | 29 | 48       | 32 |
| <i>Lesiones</i>                         | 1          | 4  | 0           | 0  | 5          | 24 | 6        | 7  |
| <i>Contra la libertad</i>               | 0          | 0  | 0           | 0  | 1          | 5  | 1        | 1  |
| <i>Delitos sexuales</i>                 | 6          | 24 | 2           | 6  | 4          | 19 | 12       | 15 |
| <i>Contra la intimida</i>               | 0          | 0  | 0           | 0  | 0          | 0  | 0        | 0  |
| <i>Contra el patrimonio</i>             | 7          | 28 | 8           | 22 | 8          | 10 | 17       | 21 |
| <i>Contra la seguridad pública</i>      | 7          | 28 | 10          | 28 | 1          | 5  | 18       | 22 |
| <i>Falsedades</i>                       | 0          | 0  | 2           | 6  | 0          | 0  | 2        | 2  |
| <i>Contra la Admón.de Justicia</i>      | 1          | 4  | 0           | 0  | 0          | 0  | 1        | 1  |
| <i>Contra el orden público</i>          | 0          | 0  | 0           | 0  | 0          | 0  | 0        | 0  |
| <i>Faltas</i>                           | 0          | 0  | 1           | 3  | 2          | 10 | 3        | 4  |
| <i>Contra las relaciones familiares</i> | 0          | 0  | 0           | 0  | 0          | 0  | 0        | 0  |
| <i>Abandono de destino</i>              | 0          | 0  | 1           | 3  | 0          | 0  | 1        | 1  |
| <i>Contra la Constitución.</i>          | 0          | 0  | 0           | 0  | 0          | 0  | 0        | 0  |

TFG- LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y CONDUCTA DELICTIVA

Tabla 2.6. Trastorno de la Personalidad y principal delito imputado (Cluster A-B-C)

| TIPO DELITO                             | CLUSTER A |    | CLUSTER B |    | CLUSTER C |    | TOTAL    |    |
|---|-----------|----|-----------|----|-----------|----|----------|----|
|   | <i>n</i>  | %  | <i>n</i>  | %  | <i>n</i>  | %  | <i>n</i> | %  |
| <i>Homicidio y sus formas</i>           | 48        | 32 | 48        | 28 | 21        | 26 | 117      | 29 |
| <i>Lesiones</i>                         | 24        | 16 | 21        | 12 | 6         | 7  | 51       | 13 |
| <i>Contra la libertad</i>               | 13        | 9  | 3         | 2  | 1         | 5  | 17       | 4  |
| <i>Delitos sexuales</i>                 | 16        | 11 | 15        | 9  | 12        | 15 | 43       | 15 |
| <i>Contra la intimida</i>               | 0         | 0  | 2         | 1  | 0         | 0  | 2        | 5  |
| <i>Contra el patrimonio</i>             | 18        | 12 | 30        | 2  | 17        | 21 | 65       | 16 |
| <i>Contra la seguridad pública</i>      | 15        | 10 | 17        | 10 | 18        | 22 | 50       | 12 |
| <i>Falsedades</i>                       | 1         | 1  | 8         | 5  | 2         | 2  | 11       | 3  |
| <i>Contra la Admón.de Justicia</i>      | 2         | 1  | 7         | 4  | 1         | 1  | 10       | 2  |
| <i>Contra el orden público</i>          | 4         | 3  | 12        | 7  | 0         | 0  | 16       | 4  |
| <i>Faltas</i>                           | 5         | 3  | 8         | 5  | 3         | 4  | 16       | 4  |
| <i>Contra las relaciones familiares</i> | 2         | 1  | 1         | 1  | 0         | 0  | 3        | 7  |
| <i>Abandono de destino</i>              | 1         | 1  | 0         | 0  | 1         | 1  | 2        | 4  |
| <i>Contra la Constitución.</i>          | 1         | 1  | 0         | 0  | 0         | 0  | 1        | 2  |

<sup>49</sup> GONZÁLEZ GUERRERO, Laura . (2012). *Trastornos de la personalidad: Influencia sobre la conducta delictiva y repercusiones forenses en la jurisdicción penal*. Universidad Complutense de Madrid, Servicio de Publicaciones. Disponible en: <http://eprints.ucm.es/14431/>

En un estudio llevado a cabo en España (PRECA), el más amplio hasta ahora sobre prevalencia del trastorno mental en centros penitenciarios se han obtenido resultados donde se observan claramente la prevalencia de las patologías psiquiátricas entre la muestra de reclusos de toda la geografía española.

El objetivo de este estudio era la obtención de datos fiables sobre la prevalencia vida y en el último mes de trastornos mentales en la población reclusa general.

La muestra se compuso de internos varones condenados en 5 prisiones españolas cada una de las cuales acoge entre 1.000 a 1.500 reclusos y de las comunidades Aragón (250), Cataluña (222) y Madrid (235) siendo la muestra de 707 sobre un universo de un 28,8% de la población reclusa total.

Quedaron excluidos del estudio aquellos internos de los módulos preventivos, psiquiátricos penitenciarios, los que se encontraban pendientes de traslado a otro centro penitenciario, los que quedarían en libertad en los próximos 6 meses y aquellos que mostraban un bajo dominio de la lengua española.

Los datos sociodemográficos, clínicos y penales fueron recogidos por las entrevistadoras. Los datos penales se confirmaron con los registros penitenciarios. Se utilizó la edición española de la versión clínica de la “Structured Clinical Interview for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Axis I Disorders” (SCID-I) para el diagnóstico de los trastornos mentales en Eje I según criterios DSM-IV (First et al., 1999). Para evaluar los trastornos de personalidad se utilizó la versión española (López- Ibor et al., 1996) de la International Personality Disorders Examination (IPDE) 5 (Loranger,1995) <sup>50</sup>.

Según puede verse en la tabla 2.6 (se han excluido de dicha tabla los desgloses de los Trastornos afectivos, de ansiedad y somatomorfos) la prevalencia de vida y del último mes de los trastornos mentales según criterios DSM-IV del Informe PRECA extrayéndose las siguientes conclusiones:

- La prevalencia vida de presentar cualquier trastorno mental fue del 84,4%.
- El trastorno por uso de sustancias fue el más frecuente (76,2%) seguido del trastorno de ansiedad (45,3%), trastorno afectivo (41%) y trastorno psicótico (10,7%).
- Entre los reclusos con trastorno por uso de sustancias (abuso o dependencia) los más frecuentes fueron los trastornos por consumo de alcohol y cocaína.
- La prevalencia en el último mes de presentar cualquier trastorno mental fue del 41,2%.

---

<sup>50</sup> GRUPO PRECA. “Informe prevalencia de trastornos mentales en centros penitenciarios españoles. Estudio PRECA”.

Barcelona 2011. Disponible en <https://consaludmental.org/publicaciones/EstudioPRECA.pdf>

- Entre los trastornos inducidos por sustancias el más prevalente a lo largo de la vida fue el trastorno de ansiedad (16,1%), seguido del trastorno afectivo (15,8%) y del trastorno psicótico (7,1%).
- El trastorno más prevalente fue el de ansiedad (23,3%) seguido del trastorno por uso de sustancias (17,5%), trastorno afectivo (14,9%) y trastorno psicótico (4,2%).
- Dentro de las categorías mencionadas previamente, los trastornos más frecuentes fueron el trastorno por uso de cannabis (14,4%), trastorno de ansiedad no especificado (9,2%) y el trastorno depresivo mayor (7,8%).
- Los reclusos con trastorno por uso de sustancias (n=539) tenían una alta comorbilidad con los grupos diagnósticos más prevalentes.
  - Así, el trastorno de ansiedad (54,4%) fue el trastorno comórbido más frecuente seguido del trastorno afectivo (48,1%), trastorno psicótico (13,7%) y trastorno adaptativo (6,7%).
  - Solo 57 reclusos (8 %) presentaron algún trastorno mental sin historia de trastorno por consumo de sustancias.
    - En este subgrupo de pacientes, 33 reclusos (58%) tenían un trastorno afectivo a lo largo de su vida, 28 (49%) un trastorno depresivo mayor, 4 (7%) un trastorno depresivo no especificado, 4 (7%) un trastorno distímico y 1 (1,8%) un trastorno depresivo debido a otras enfermedades; 32 (56%) habían presentado trastorno de ansiedad, 14 (25%) presentaron un trastorno adaptativo y 3 (5%) un trastorno psicótico.
- La prevalencia en el último mes fue de:
  - 25% (n = 14) para el trastorno afectivo y el trastorno de ansiedad.
  - 5% (n = 3) para el trastorno adaptativo y el trastorno psicótico.

Según los datos obtenidos mediante el cuestionario IPDE exponen lo siguiente:

- Alrededor del 80% (n = 582) de los sujetos tenían al menos un trastorno de personalidad.
- El 2/3 (n = 475) dos o más trastornos de personalidad.
- Sólo 107 (15%) un trastorno de personalidad.
- Los trastornos de personalidad cluster B fueron los más prevalentes.
- Dentro del Cluster B.
  - el 44% (n = 311) presentaba -un trastorno límite de la personalidad



TFG- LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y CONDUCTA DELICTIVA

- el 33% (n = 232) un trastorno narcisista de la personalidad.
- el 23% (n = 165) un trastorno antisocial de la personalidad.
- El trastorno de personalidad más frecuente en el cluster A fue el trastorno paranoide de la personalidad (37%, n = 263)

Tabla 2.7 Prevalencia de vida y del último mes de los trastornos mentales según criterios DSM-IV, Informe PRECA.

|   | Prevalencia de Vida |             |            |             | Prevalencia en el último mes |            |            |            |
|---|---------------------|-------------|------------|-------------|------------------------------|------------|------------|------------|
|   | N                   | %           | IC         | 95,00%      | N                            | %          | IC         | 95,00%     |
| <b>Muestra Total</b>                                    | <b>707</b>          | <b>100</b>  |            |             | <b>707</b>                   | <b>100</b> |            |            |
| <b>Trastornos mentales</b>                              | 597                 | 84´4        | 81´8       | 87´1        | 291                          | 41´2       | 37´5       | 44´8       |
| <b>Trastorno por uso de sustancia abuso/dependencia</b> | 539                 | 76´2        | 73´1       | 79´4        | 124                          | 17´5       | 14´7       | 20´3       |
| <b>Trastornos afectivos</b>                             | 290                 | 41´0        | 37´4       | 44´6        | 105                          | 14´9       | 12´2       | 17´5       |
| <b>Trastornos de ansiedad</b>                           | 320                 | 45´3        | 41´6       | 48´9        | 165                          | 23´3       | 20´2       | 26´5       |
| <b>Trastornos adaptativos</b>                           | 31                  | 4´4         | 2´9        | 5´9         | NA                           | ---        | ---        | ---        |
| <b>Trastornos somatomorfo</b>                           | 21                  | 3´0         | 0´8        | 5´0         | 13                           | 1´8        | 0´3        | 3´5        |
| <b>Trastornos psicóticos</b>                            | <b>76</b>           | <b>10´7</b> | <b>8´5</b> | <b>13´0</b> | <b>30</b>                    | <b>4´2</b> | <b>2´8</b> | <b>5´7</b> |
| Esquizofrenia   | 2                   | 0´3         | 0´0        | 0´7         | 2                            | 0´3        | 0´0        | 0´7        |
| Tr. Esquizofreniforme                                   | 2                   | 0´3         | 0´0        | 0´7         | 0                            | 0´0        | 0´0        | 0´0        |
| Tr. Esquizoafectivo                                     | 1                   | 0´1         | 0´0        | 0´4         | 1                            | 0´1        | 0´0        | 0´4        |
| Tr. Delirante   | 6                   | 0´8         | 0´2        | 1´5         | 3                            | 0´4        | 0´0        | 0´9        |
| Tr. Psicótico breve                                     | 6                   | 0´8         | 0´2        | 1´5         | 1                            | 0´1        | 0´0        | 0´4        |
| Tr. Psicótico por enfermedad médica                     | 0                   | 0´0         | 0´0        | 0´0         | 1                            | 0´1        | 0´0        | 0´4        |
| Tr. Psicótico no especificado                           | 29                  | 4´1         | 2´6        | 5´6         | 15                           | 2´1        | 1´1        | 3´2        |
| Tr. Psicótico inducido por tóxicos.                     | 50                  | 7´1         | 5´2        | 9´0         | 14                           | 2´0        | 1´0        | 3´0        |

## 2.2 Resumen Capítulo II

En los dos primeros capítulos del presente trabajo, se ha llevado a cabo una revisión de literatura científica que guarde relación con el estudio del binomio delincuencia-personalidad al tiempo que se buscaba una aproximación al aspecto jurídico que afecta a los trastornos de personalidad teniendo en cuenta los avances que en el campo científico se están haciendo.

La misma revisión ha dejado claro la existencia de un interés multidisciplinar. Ciencias como la medicina en general, psiquiatría, psicología, sociología, criminología, estadística, el derecho en toda su extensión (penal, civil, administrativo, penitenciario, política criminal...) todas ellas participan del mismo por ser una materia que afecta directa e indirecta a un buen número de personas, incluidos profesionales así como a las instituciones que deben dar una respuesta adecuada para la protección de la seguridad en general.

La participación de todas estas disciplinas tiene un efecto demostrado en cuanto a los resultados que se van alcanzando, pero a su vez repercute en una confusión de conceptos y de los criterios diagnósticos, dado que cada una intenta aportar desde su visión cual debe ser el planteamiento que debe prevalecer en cuanto al proceso, pronóstico y a las posibilidades terapéuticas que afectan a los sujetos que padecen trastorno de personalidad. El paradigma de lo que expongo anteriormente es la no conceptualización médica del psicópata y su consecuencia jurídica o la no descripción de imputable.

En cuanto a los resultados observados podemos afirmar que la prevalencia de los diferentes tipos de trastorno de la personalidad coinciden en que los rasgos antisociales, límites, paranoides, narcisista son las características mas frecuentes en las muestras forenses.

Que los hombres son mayoría en cuanto a trastornos de la personalidad en causas delictivas.

En mi opinión y después de lo revisado hasta ahora, entiendo que se hace necesario profundizar en el estudio multidisciplinar en cuanto a las anomalías psíquicas se refiere y hacerlo de modo específico, de forma que permita identificar las características descriptivas e idiosincrásicas de cada uno de los subtipos de trastornos de la personalidad, todo ello para facilitar la labor de los profesionales que deben asesorar al órgano competente.

Señalar que, se espera que los avances en el campo de la neuroimagen y genética aporten un conocimiento mas exacto acerca de la etiología y tratamiento preventivo así como de la intervención para con estas personas, facilitando la labor de jueces y tribunales.

## CAPITULO III. MEDIDAS DE SEGURIDAD E INTERVENCIÓN TERAPÉUTICAS

### 3.1 Medidas de seguridad, aspectos generales

Hasta la aprobación del Código Penal de 1995 la regulación de las medidas de seguridad se realizaba de forma fragmentaria en diversos textos legales. Si bien podemos encontrar medidas como el internamiento de los enfermos mentales en los códigos penales decimonónicos, no es hasta la aprobación del Código penal de 1928, cuando se regulan por primera vez las medidas de seguridad y corrección. De ahí pasarán a la Ley de Vagos y Maleantes de 4 de agosto de 1933, cuyo rasgo más significativo era la previsión de los llamados "estados peligrosos" que cincuenta y siete años más tarde constituirían el contenido del artículo 2 de la Ley de Peligrosidad y Rehabilitación Social de 1970 (LPRS). La Exposición de Motivos de la LPRS de 1970 afirmaba:

*"Los ordenamientos contemporáneos, impulsados por la necesidad de defender a la sociedad contra determinadas conductas individuales, que sin ser, en general, estrictamente delictivas, entrañan un riesgo para la comunidad, han ido estableciendo junto a sus normas penales propiamente dichas, dirigidas a la sanción del delito e inspiradas en el Derecho penal clásico, un sistema de normas nuevas encaminadas a la aplicación de medidas de seguridad a los sujetos socialmente peligrosos e inspiradas en las orientaciones de la rama científica que desde hace años se conoce con el nombre de "defensa social". La pena y la medida de seguridad vienen así a coexistir en las legislaciones modernas con ámbito diferente y fines diversos, aunque en último término coincidentes en la salvaguardia de la sociedad a la que de este modo se dota de un dualismo de medidas defensivas con esferas de acción distintas".*

De igual manera, por su contenido podían distinguirse tanto medidas privativas de libertad, como restrictivas de derechos. Así, encontramos internamientos en establecimientos de custodia, trabajo y preservación. También el aislamiento curativo en casas de templanza, la sumisión obligatoria a tratamiento ambulatorio en centros médicos o la privación del permiso de conducción de vehículos a motor y ciclomotores, sin olvidar prohibición de residencia en lugares determinados.

La aprobación del Código Penal de 1973 no supuso la derogación de las medidas predelictuales contenidas en la LPRS, si bien a partir de 1978 su inconstitucionalidad sobrevenida posibilitó su inaplicación. El gran cambio en el sistema de medidas de seguridad se producirá con la entrada en vigor del Código Penal de 1995, en el que se apostará por un sistema dualista claramente matizado con la incorporación del sistema vicarial en los artículos 99 y 104 CP.

Ley de vagos y maleantes

Entre los peligrosos destacaban los "vagos habituales" (quienes deambularan negándose a buscar

trabajo), los proxenetas que se aprovechaban de las prostitutas, los “mendigos profesionales”, los “ebrios y toxicómanos”, los que portaran documento de identidad falso, los extranjeros que quebrantaran el orden público, los que facilitaran drogas o alcohol a los menores, los reincidentes de hurtos menores o quienes tuvieran "trato asiduo con delincuentes y maleantes"o “frecuentaran los lugares donde estos se reúnen habitualmente”.

Estas personas podían ser detenidas aunque no hubieran cometido ningún delito y sometidas a un proceso ante el tribunal especial de vagos y maleantes, que, atendiendo al grado de peligrosidad dictaminado, podía aplicar una de las diferentes medidas de seguridad predelictuales (¡no penas!) que recogía la Ley: expulsión de extranjeros del territorio nacional, prohibición u obligación de residir en determinados lugares y, en los casos más extremos, el internamiento en establecimientos de trabajo, colonias agrícolas, establecimientos de custodia o en "casas de templanza" (para drogadictos o alcohólicos) por un tiempo determinado, si bien en el caso de las casas de templanza podía ser indefinido.

En estos centros de internamiento preventivo debían establecerse los mecanismos necesarios para favorecer la reinserción, fundamentalmente –insisto- inculcando habilidades y hábitos de trabajo saludables <sup>51</sup>.

En la actualidad las medidas de seguridad se hallan recogidas en Título IV, Capítulos I y II Código Penal y en el año 1995 se introdujeron importantes novedades en lo que a la adopción de las citadas medidas se refiere y dirigidas a los inimputables. Así en su artículo 6 el CP dice:

1. Las medidas de seguridad se fundamentan en la peligrosidad criminal del sujeto al que se impongan, exteriorizada en la comisión de un hecho previsto como delito.
2. Las medidas de seguridad no pueden resultar ni más gravosas ni de mayor duración que la pena abstractamente aplicable al hecho cometido, ni exceder el límite de lo necesario para prevenir la peligrosidad del autor.

Tal y como se puede leer en el artículo 6 del CP, la adopción de medidas de seguridad a imponer en caso de ser declarado exento de la responsabilidad penal por alguna de las circunstancias recogidas en el art. 20 del mismo CP se llevará a cabo basándose en la peligrosidad del sujeto que padece algún TP teniendo en cuenta la posibilidad real de la reincidencia.

---

<sup>51</sup> UNIVERSIDAD DE CADIZ, 2016. “Introducción al Derecho Penal, tema 10 Las medidas de seguridad” ,(sitio web) Cádiz. (consulta 29 mayo 2017).Disponible en <https://ocw.uca.es/mod/book/view.php?id=1280>

En cuanto a las circunstancias previstas en las que se podrán aplicar las medidas de seguridad, el art. 95 del CP dice lo siguiente:

1. Las medidas de seguridad se aplicarán por el Juez o Tribunal, previos los informes que estime convenientes, a las personas que se encuentren en los supuestos previstos en el capítulo siguiente de este Código, siempre que concurren estas circunstancias:

1.a Que el sujeto haya cometido un hecho previsto como delito.

2.a Que del hecho y de las circunstancias personales del sujeto pueda deducirse un pronóstico de comportamiento futuro que revele la probabilidad de comisión de nuevos delitos.

2. Cuando la pena que hubiere podido imponerse por el delito cometido no fuere privativa de libertad, el juez o tribunal sentenciador sólo podrá acordar alguna o algunas de las medidas previstas en el artículo 96.3.

En atención al citado artículo se hace necesario comprobar los dos presupuestos incardinados la existencia de la comisión de una acción tipificada como delito y la existencia de la peligrosidad criminal

1º. Comisión previa de un delito (art. 95.1º CP)

La exigencia de comisión previa de un delito supone la materialización del principio de legalidad que informa expresamente la legislación penal en materia de medidas de seguridad a partir de 1995 y que cumple dos funciones fundamentales. Por un lado, destierra del ordenamiento penal las medidas de seguridad predelictuales, mientras que por otro, permite su uso sólo en los ataques graves y muy graves de bienes jurídicos al impedir la aplicación de una medida en los casos de comisión de faltas.

2º. Peligrosidad criminal

La peligrosidad criminal mostrada mediante la comisión de un delito constituye el fundamento de las medidas de seguridad según se dispone en los artículos 6.1 y 95.1.2º CP. Parece existir acuerdo en la doctrina al entender por peligrosidad criminal un pronóstico de comportamiento futuro que revele la probabilidad de comisión de nuevos delitos. Aun así, la interpretación del término de peligrosidad y su constatación es probablemente una de las tareas más complicadas en el proceso de aplicación de una medida de seguridad debido a que su presupuesto, a diferencia de lo que ocurre con el de las penas, se sitúa en el futuro.

Por lo que se refiere a los elementos que debe utilizar el Juez o Tribunal para analizar tanto la existencia de peligrosidad criminal como su intensidad, el artículo 95.1.2º remite únicamente al hecho y

a las circunstancias personales del autor <sup>52</sup> .

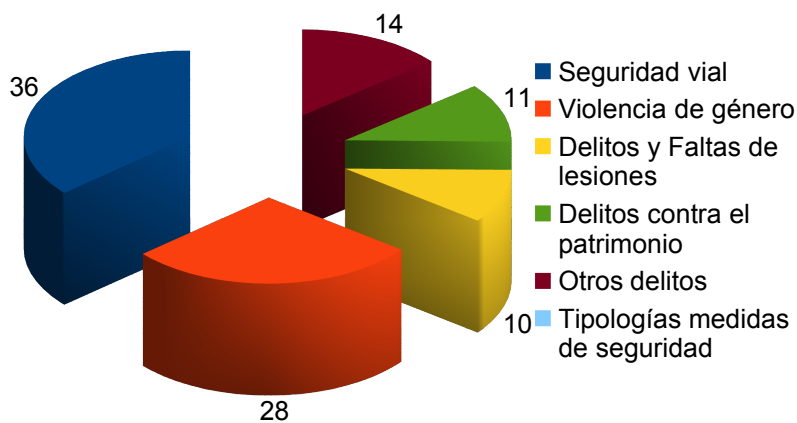
En la siguiente tabla y gráfico podemos ver los mandamientos de ingresos en centros penitenciarios recibidos y los tipos delictivos n=87808 (Total de mandamientos) <sup>53</sup>.

Tabla 3.1 Mandamientos recibidos de penas, medidas de seguridad y medidas alternativas por tipo delictivo y género en 2015

| Tipos delictivos                   | Mandamientos Recibidos |
|------------------------------------|------------------------|
| Seguridad vial                     | 31875                  |
| Violencia de género                | 24649                  |
| Delitos y Faltas de Lesiones       | 8931                   |
| Delitos contra el Patrimonio       | 10076                  |
| Otros Delitos                      | 12268                  |
| Tipologías en Medidas de Seguridad | 9                      |
| Total                              | 87808                  |

En el siguiente gráfico podemos ver en % la incidencia de delitos y las tipologías en medidas de seguridad. El número es tan escaso (9) que está representado por el 0%

Gráfico 3.1 Incidencia porcentual de delitos y las tipologías en medidas de seguridad.



<sup>52</sup> UNIVERSIDAD DE CADIZ, 2016. "Introducción al Derecho Penal, tema 10 Las medidas de seguridad" ,(sitio web) Cádiz. (consulta 29 mayo 2017). Disponible en <https://ocw.uca.es/mod/book/view.php?id=1280>

<sup>53</sup> MINISTERIO DEL INTERIOR 2015. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. (sitio web). Madrid. (Consulta el 29 de mayo 2017). Disponible en : <http://www.interior.gob.es/web/archivos-y-documentacion/instituciones-penitenciarias2>

En un dato estadístico que habla por si solo. Mas adelante veremos si es congruente estos datos con la población reclusas que presenta algún tipo de trastorno de personalidad, o incluso trastornos mentales en relación a las medidas de seguridad aplicadas.

### *3.1.1 Tipos de medidas de seguridad*

Las medidas aplicables se contemplan en el Título IV, Capítulo II, Sección 1ª art. 96 del CP.

1. Las medidas de seguridad que se pueden imponer con arreglo a este Código son privativas y no privativas de libertad.

2. Son medidas privativas de libertad:

- 1.a El internamiento en centro psiquiátrico.
- 2.a El internamiento en centro de deshabitación.
- 3.a El internamiento en centro educativo especial.

3. Son medidas no privativas de libertad:

- 1.a) La inhabilitación profesional.
- 2.a) La expulsión del territorio nacional de extranjeros no residentes legalmente en España.
- 3.a) La libertad vigilada
- 4.a) La custodia familiar. El sometido a esta medida quedará sujeto al cuidado y vigilancia del familiar que se designe y que acepte la custodia, quien la ejercerá en relación con el Juez de Vigilancia Penitenciaria y sin menoscabo de las actividades escolares o laborales del custodiado.
- 5.a) La privación del derecho a conducir vehículos a motor y ciclomotores.
- 6.a) La privación del derecho a la tenencia y porte de armas.

En el Título IV, Capítulo II, Sección 2ª art. 96 del CP en el art. 105 encontramos referencias de las medidas no privativas de libertad.

Art. 105.

En los casos previstos en los artículos 101 a 104, cuando imponga la medida privativa de libertad o durante la ejecución de la misma, el Juez o Tribunal podrá imponer razonadamente una

o varias medidas que se enumeran a continuación. Deberá asimismo imponer alguna o algunas de dichas medidas en los demás casos expresamente previstos en este Código.

1. Por un tiempo no superior a cinco años:

a) Libertad vigilada.

b) Custodia familiar. El sometido a esta medida quedará sujeto al cuidado y vigilancia del familiar que se designe y que acepte la custodia, quien la ejercerá en relación con el Juez de Vigilancia y sin menoscabo de las actividades escolares o laborales del custodiado.

2. Por un tiempo de hasta diez años:

a) Libertad vigilada, cuando expresamente lo disponga este Código.

b) La privación del derecho a la tenencia y porte de armas.

c) La privación del derecho a conducir vehículos a motor y ciclomotores.

Para decretar la obligación de observar alguna o algunas de las medidas previstas en este artículo, así como para concretar dicha obligación cuando por ley viene obligado a imponerlas, el Juez o Tribunal sentenciador deberá valorar los informes emitidos por los facultativos y profesionales encargados de asistir al sometido a la medida de seguridad.

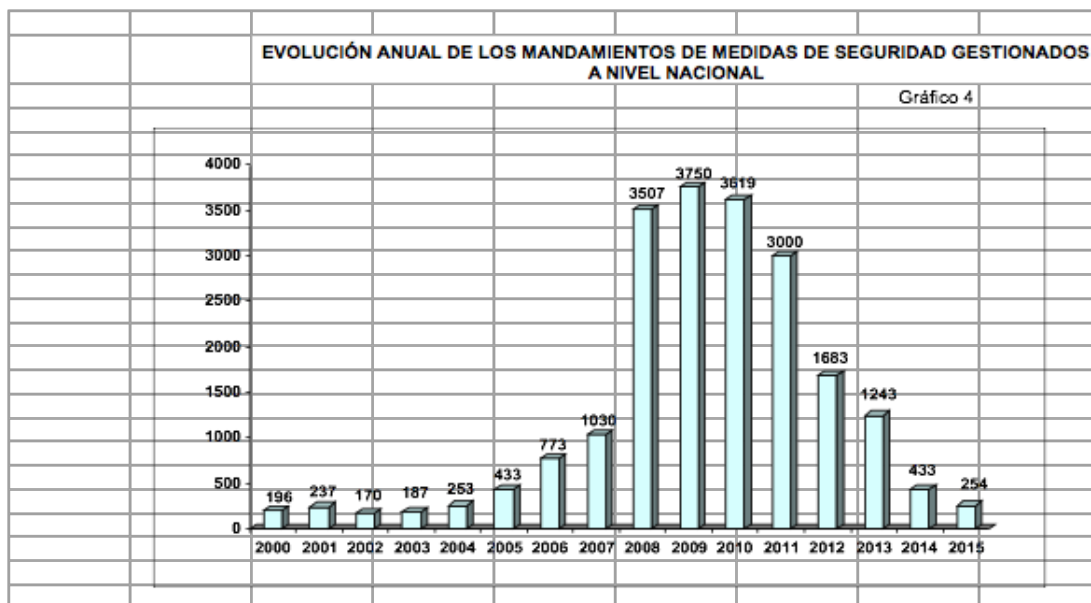
El Juez de Vigilancia Penitenciaria o los servicios de la Administración correspondiente informarán al Juez o Tribunal sentenciador.

En los casos previstos en este artículo, el Juez o Tribunal sentenciador dispondrá que los servicios de asistencia social competentes presten la ayuda o atención que precise y legalmente le corresponda al sometido a medidas de seguridad no privativas de libertad.



En el siguiente Gráfico podemos ver la evolución anual de lo mandamientos de medidas de seguridad gestionados a nivel nacional <sup>54</sup>.

Gráfico 3.2 Evolución anual de mandamientos de medidas de seguridad gestionados a nivel nacional.



---

<sup>54</sup> MINISTERIO DEL INTERIOR 2015. Secretaria General de Instituciones Penitenciarias. (sitio web). Madrid. (Consulta el 29 de mayo 2017). Disponible en : <http://www.interior.gob.es/web/archivos-y-documentacion/instituciones-penitenciarias2>

## 3.1.2 Ejecución de las medidas de seguridad

En la siguiente tabla podemos ver desglosados los Mandamientos recibidos de penas, medidas de seguridad y medidas alternativas por tipo delictivo y género en 2015 aludidos en la tabla 3.1 y en el Gráfico 3.1. El art. 98 .1 del CP, nos habla acerca de la posible concurrencia y prioridad en el cumplimiento cuando se traten de penas y medidas de seguridad privativas de libertad o medidas de libertad vigiladas <sup>55</sup>.

Tabla 3.2 Mandamientos recibidos de penas, medidas de seguridad y medidas alternativas por tipo delictivo y género en 2015

| Tipos delictivos             | Género  | TBC    | Suspensiones –<br>Sustituciones | Medidas de Seguridad | Total  |
|------------------------------|---------|--------|---------------------------------|----------------------|--------|
| Seguridad Vial               | Hombres | 28.652 | 233                             |                      | 28.885 |
|                              | Mujeres | 2.968  | 22                              |                      | 2.990  |
|                              | Total   | 31.620 | 255                             |                      | 31.875 |
| Violencia de Género          | Hombres | 18.382 | 6.267                           |                      | 24.649 |
|                              | Total   | 18.382 | 6.267                           |                      | 24.649 |
| Delitos y Faltas de Lesiones | Hombres | 6.264  | 439                             |                      | 6.703  |
|                              | Mujeres | 2.129  | 99                              |                      | 2.228  |
|                              | Total   | 8.393  | 538                             |                      | 8.931  |
| Delitos contra el patrimonio | Hombres | 7.897  | 801                             |                      | 8.698  |
|                              | Mujeres | 1.299  | 79                              |                      | 1.378  |
|                              | Total   | 9.196  | 2.129                           |                      | 10.076 |
| Otros delitos                | Hombres | 9.169  | 1.154                           |                      | 10.323 |
|                              | Mujeres | 1.793  | 152                             |                      | 1.945  |
|                              | Total   | 10.962 | 1.306                           |                      | 12.268 |
| Diversos tipos delictivos    | Hombres |        |                                 | 9                    | 9      |
|                              | Total   |        |                                 |                      | 9      |
| Total                        | Hombres | 70.364 | 8.894                           | 9                    | 79.267 |
|                              | Mujeres | 8.189  | 352                             |                      | 8.541  |
|                              | Total   | 78.553 | 9.246                           | 9                    | 87.808 |

El artículo 97 nos referencia las circunstancias que pueden suceden desde el punto de vista jurídico en la ejecución de las misma, así el citado artículo dice:

<sup>55</sup> MINISTERIO DEL INTERIOR 2015. Secretaria General de Instituciones Penitenciarias. (sitio web). Madrid. (Consulta el 29 de mayo 2017). Disponible en : <http://www.interior.gob.es/web/archivos-y-documentacion/instituciones-penitenciarias2>

Durante la ejecución de la sentencia, el Juez o Tribunal sentenciador adoptará, por el procedimiento establecido en el artículo siguiente, alguna de las siguientes decisiones :

- a) Mantener la ejecución de la medida de seguridad impuesta.
- b) Decretar el cese de cualquier medida de seguridad impuesta en cuanto desaparezca la peligrosidad criminal del sujeto.
- c) Sustituir una medida de seguridad por otra que estime más adecuada, entre las previstas para el supuesto de que se trate. En el caso de que fuera acordada la sustitución y el sujeto evolucionara desfavorablemente, se dejará sin efecto la sustitución, volviéndose a aplicar la medida sustituida.
- d) Dejar en suspenso la ejecución de la medida en atención al resultado ya obtenido con su aplicación, por un plazo no superior al que reste hasta el máximo señalado en la sentencia que la impuso. La suspensión quedará condicionada a que el sujeto no delinca durante el plazo fijado, y podrá dejarse sin efecto si nuevamente resultara acreditada cualquiera de las circunstancias previstas en el artículo 95 de este Código.

1. A los efectos del artículo anterior, cuando se trate de una medida de seguridad privativa de libertad o de una medida de libertad vigilada que deba ejecutarse después del cumplimiento de una pena privativa de libertad, el Juez de Vigilancia Penitenciaria estará obligado a elevar al menos anualmente, una propuesta de mantenimiento, cese, sustitución o suspensión de la misma. Para formular dicha propuesta el Juez de Vigilancia Penitenciaria deberá valorar los informes emitidos por los facultativos y profesionales que asistan al sometido a medida de seguridad o por las Administraciones Públicas competentes y, en su caso, el resultado de las demás actuaciones que a este fin ordene.

Si se tratara de la concurrencia con pena no privativa de libertad se estará a lo dispuesto en el apartado 2 del art. 98 del CP.

2. Cuando se trate de cualquier otra medida no privativa de libertad, el Juez o Tribunal sentenciador recabará directamente de las Administraciones, facultativos y profesionales a que se refiere el apartado anterior, los oportunos informes acerca de la situación y la evolución del condenado, su grado de rehabilitación y el pronóstico de reincidencia o reiteración delictiva.

Y deja para el apartado 3 del art. 98 del CP la resolución de las propuesta que reciba en relación al sujeto que cumple la medida.

3. En todo caso, el Juez o Tribunal sentenciador resolverá motivadamente a la vista de la propuesta o los informes a los que respectivamente se refieren los dos apartados anteriores, oída la propia persona sometida a la medida, así como el Ministerio Fiscal y las demás partes. Se oirá asimismo a las víctimas del delito que no estuvieren personadas cuando así lo hubieran solicitado al inicio o en cualquier momento de la ejecución de la sentencia y permanezcan localizables a tal efecto.

Para el cómputo de las misma en caso de concurrencia con penas privativas de libertad el art. 99 del CP dice lo que sigue:

En el caso de concurrencia de penas y medidas de seguridad privativas de libertad, el juez o tribunal ordenará el cumplimiento de la medida, que se abonará para el de la pena. Una vezalzada la medida de seguridad, el juez o tribunal podrá, si con la ejecución de la pena se pusieran en peligro los efectos conseguidos a través de aquélla, suspender el cumplimiento del resto de la pena por un plazo no superior a la duración de la misma, o aplicar alguna de las medidas previstas en el artículo 96.3.

El límite temporal de la medida viene establecido entonces por la tipificación del hecho como si su autor inimputable, fuese responsable. A esos efectos, las agravantes son compatibles con la inimputabilidad, y esa es la razón por la que para computar la duración máxima del internamiento, la alevosía ha sido observada en algún caso, como el recogido en el Acuerdo no jurisdiccional del Tribunal Supremo de 26 mayo 2000, como compatible con la enajenación mental a los efectos de computar la duración máxima del asesinato y no del homicidio.

Entre las situaciones que pueden darse durante el cumplimiento de la media de seguridad no podemos obviar el quebrantamiento de las mismas. Por ello el CP recoge en su art. 100 lo siguiente:

1. El quebrantamiento de una medida de seguridad de internamiento dará lugar a que el juez o tribunal ordene el reingreso del sujeto en el mismo centro del que se hubiese evadido o en otro que corresponda a su estado.
2. Si se tratase de otras medidas, el juez o tribunal podrá acordar la sustitución de la quebrantada por la de internamiento si ésta estuviese prevista para el supuesto de que se trate y si el quebrantamiento demostrase su necesidad.
3. En ambos casos el Juez o Tribunal deducirá testimonio por el quebrantamiento. A estos efectos, no se considerará quebrantamiento de la medida la negativa del sujeto a someterse a tratamiento médico o a continuar un tratamiento médico inicialmente consentido. No obstante, el Juez o Tribunal podrá acordar la sustitución del tratamiento inicial o posteriormente rechazado por otra medida de entre las aplicables al supuesto de que se trate.

De la aplicación de las medidas de seguridad privativas de libertad el legislador ha redactado el Capítulo II del Título IV del Código Penal. En su Sección 1ª “ De las medidas privativas de libertad” distinguiendo según los apartados del art. 20 del CP

El art. 101 dice:

1. Al sujeto que sea declarado exento de responsabilidad criminal conforme al número 1º del artículo 20, se le podrá aplicar, si fuere necesaria, la medida de internamiento para tratamiento médico o educación especial en un establecimiento adecuado al tipo de anomalía o alteración psíquica que se aprecie, o cualquier otra de las medidas previstas en el apartado 3 del artículo 96. El internamiento no podrá exceder del tiempo que habría durado la pena privativa de libertad, si hubiera sido declarado responsable el sujeto, y a tal efecto el Juez o Tribunal fijará en la sentencia ese límite máximo.

2. El sometido a esta medida no podrá abandonar el establecimiento sin autorización del Juez o Tribunal sentenciador, de conformidad con lo previsto en el artículo 97 de este Código.

En el artículo 102.

1. A los exentos de responsabilidad penal conforme al número 2.º del artículo 20 se les aplicará, si fuere necesaria, la medida de internamiento en centro de deshabitación público, o privado debidamente acreditado u homologado, o cualquiera otra de las medidas previstas en el apartado 3 del artículo 96. El internamiento no podrá exceder del tiempo que habría durado la pena privativa de libertad, si el sujeto hubiere sido declarado responsable, y a tal efecto el Juez o Tribunal fijará ese límite máximo en la sentencia.

2. El sometido a esta medida no podrá abandonar el establecimiento sin autorización del Juez o Tribunal sentenciador de conformidad con lo previsto en el artículo 97 de este Código.

Para el artículo 103.

1. A los que fueren declarados exentos de responsabilidad conforme al número 3.º del artículo 20, se les podrá aplicar, si fuere necesaria, la medida de internamiento en un centro educativo especial o cualquier otra de las medidas previstas en el apartado tercero del artículo 96. El internamiento no podrá exceder del tiempo que habría durado la pena privativa de libertad, si el sujeto hubiera sido declarado responsable y, a tal efecto, el Juez o Tribunal fijará en la sentencia ese límite máximo.

2. El sometido a esta medida no podrá abandonar el establecimiento sin autorización del Juez o Tribunal sentenciador de conformidad con lo previsto en el artículo 97 de este Código.

3. En este supuesto, la propuesta a que se refiere el artículo 98 de este Código deberá hacerse al terminar cada curso o grado de enseñanza.

Y finalizando la Sección 1ª con el artículo 104.

1. En los supuestos de eximente incompleta en relación con los números 1.o, 2.o y 3.o del artículo 20, el Juez o Tribunal podrá imponer, además de la pena correspondiente, las medidas previstas en los artículos 101, 102 y 103. No obstante, la medida de internamiento sólo será aplicable cuando la pena impuesta sea privativa de libertad y su duración no podrá exceder de la de la pena prevista por el Código para el delito. Para su aplicación se observará lo dispuesto en el artículo 99.

2. Cuando se aplique una medida de internamiento de las previstas en el apartado anterior o en los artículos 101, 102 y 103, el juez o tribunal sentenciador comunicará al ministerio fiscal, con suficiente antelación, la proximidad de su vencimiento, a efectos de lo previsto por la disposición adicional primera de este Código.

En cuanto a la ejecución de las medidas no privativas de libertad la Sección 2ª del Capítulo II del CP, en su art. 105 dice lo siguiente sin volver a enumerar las mismas, encontramos lo siguiente:

“Para decretar la obligación de observar alguna o algunas de las medidas previstas en este artículo, así como para concretar dicha obligación cuando por ley viene obligado a imponerlas, el Juez o Tribunal sentenciador deberá valorar los informes emitidos por los facultativos y profesionales encargados de asistir al sometido a la medida de seguridad.

El Juez de Vigilancia Penitenciaria o los servicios de la Administración correspondiente informarán al Juez o Tribunal sentenciador.

En los casos previstos en este artículo, el Juez o Tribunal sentenciador dispondrá que los servicios de asistencia social competentes presten la ayuda o atención que precise y legalmente le corresponda al sometido a medidas de seguridad no privativas de libertad”.

En el artículo 106 dice en relación a las circunstancias en la aplicación de las medidas de seguridad no privativas de libertad lo siguiente:

1. La libertad vigilada consistirá en el sometimiento del condenado a control judicial a través del cumplimiento por su parte de alguna o algunas de las siguientes medidas:

a) La obligación de estar siempre localizable mediante aparatos electrónicos que permitan su

seguimiento permanente.

b) La obligación de presentarse periódicamente en el lugar que el Juez o Tribunal establezca.

c) La de comunicar inmediatamente, en el plazo máximo y por el medio que el Juez o Tribunal señale a tal efecto, cada cambio del lugar de residencia o del lugar o puesto de trabajo.

d) La prohibición de ausentarse del lugar donde resida o de un determinado territorio sin autorización del Juez o Tribunal.

e) La prohibición de aproximarse a la víctima, o a aquellos de sus familiares u otras personas que determine el Juez o Tribunal.

f) La prohibición de comunicarse con la víctima, o con aquellos de sus familiares u otras personas que determine el Juez o Tribunal.

g) La prohibición de acudir a determinados territorios, lugares o establecimientos. h) La prohibición de residir en determinados lugares. i) La prohibición de desempeñar determinadas actividades que puedan ofrecerle o facilitarle la ocasión para cometer hechos delictivos de similar naturaleza.

j) La obligación de participar en programas formativos, laborales, culturales, de educación sexual u otros similares.

k) La obligación de seguir tratamiento médico externo, o de someterse a un control médico periódico.

2. Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 105, el Juez o Tribunal deberá imponer en la sentencia la medida de libertad vigilada para su cumplimiento posterior a la pena privativa de libertad impuesta siempre que así lo disponga de manera expresa este Código.

En estos casos, al menos dos meses antes de la extinción de la pena privativa de libertad, de modo que la medida de libertad vigilada pueda iniciarse en ese mismo momento, el Juez de Vigilancia Penitenciaria, por el procedimiento previsto en el artículo 98, elevará la oportuna propuesta al Juez o Tribunal sentenciador, que, con arreglo a dicho procedimiento, concretará, sin perjuicio de lo establecido en el artículo 97, el contenido de la medida fijando las obligaciones o prohibiciones enumeradas en el apartado 1 de este artículo que habrá de observar el condenado.

Si éste lo hubiera sido a varias penas privativas de libertad que deba cumplir sucesivamente, lo dispuesto en el párrafo anterior se entenderá referido al momento en que concluya el

cumplimiento de todas ellas.

Asimismo, el penado a quien se hubiere impuesto por diversos delitos otras tantas medidas de libertad vigilada que, dado el contenido de las obligaciones o prohibiciones establecidas, no pudieran ser ejecutadas simultáneamente, las cumplirá de manera sucesiva, sin perjuicio de que el Juez o Tribunal pueda ejercer las facultades que le atribuye el apartado siguiente.

3. Por el mismo procedimiento del artículo 98, el Juez o Tribunal podrá:

- a) Modificar en lo sucesivo las obligaciones y prohibiciones impuestas.
- b) Reducir la duración de la libertad vigilada o incluso poner fin a la misma en vista del pronóstico positivo de reinserción que considere innecesaria o contraproducente la continuidad de las obligaciones o prohibiciones impuestas.
- c) Dejar sin efecto la medida cuando la circunstancia descrita en la letra anterior se dé en el momento de concreción de las medidas que se regula en el número 2 del presente artículo.

4. En caso de incumplimiento de una o varias obligaciones el Juez o Tribunal, a la vista de las circunstancias concurrentes y por el mismo procedimiento indicado en los números anteriores, podrá modificar las obligaciones o prohibiciones impuestas. Si el incumplimiento fuera reiterado o grave, revelador de la voluntad de no someterse a las obligaciones o prohibiciones impuestas, el Juez deducirá, además, testimonio por un presunto delito del artículo 468 de este Código.

Aunque por regla general se elimina el sistema vicarial que rige en la actualidad (conforme al cual en caso de imponerse penas y medidas de seguridad privativas de libertad, se comienza con el cumplimiento de la medida, que se abonará para la pena), este se mantiene en los supuestos de medidas de seguridad de internamiento en centro psiquiátrico, de deshabitación o de educación especial. Es decir, en estos casos, si se impone simultáneamente una pena y una medida de seguridad, la medida de seguridad se ejecutará antes que la pena (a excepción de las medidas de seguridad en centro de deshabitación de duración mayor de 5 años, en las que previamente se cumplirá parte de la pena si así lo determina el juez). En realidad, la pena posterior al cumplimiento de la medida de seguridad en estos centros puede no llegar a ejecutarse si el juez la considera innecesaria o cree que con ella peligran los efectos de la propia medida.



*3.1.3 Recursos, programas de intervención para las medidas de seguridad.*

Sería de vital importancia englobar el sistema de Salud Mental Penitenciaria dentro de la red socio sanitaria civil, con la finalidad de realizar intervenciones psicoterapéuticas y psicofarmacológicas orientadas a la mejora clínica y a la rehabilitación psicosocial de estos pacientes, siempre en continua coordinación con los Servicios de Salud Mental no forenses. Sin embargo y a excepción del sistema de Salud Mental Penitenciario Catalán (perteneciente a la orden de San Joan de Dèu del Sistema Público de Salud), el resto de los hospitales psiquiátricos penitenciarios (Sevilla y Fontcalent) y unidades psiquiátricas de prisiones son dependientes de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias.

*3.1.3.1 Recursos en Centros Penitenciarios.*

La preocupación por la elevada incidencia de problemas de salud mental entre la población penitenciaria ha llevado a que la Administración Penitenciaria dedique un gran esfuerzo en atender y garantizar que se incardinan el debido cumplimiento de la pena impuesta y la adecuada atención sanitaria y psicológica de la persona en prisión. Sería de vital importancia englobar el sistema de Salud Mental Penitenciaria dentro de la red sociosanitaria civil, con la finalidad de realizar intervenciones psicoterapéuticas y psicofarmacológicas orientadas a la mejora clínica y a la rehabilitación psicosocial de estos pacientes, siempre en continua coordinación con los Servicios de Salud Mental no forenses. Sin embargo y a excepción del sistema de Salud Mental Penitenciario Catalán (perteneciente a la orden de San Joan de Dèu del Sistema Público de Salud), el resto de los hospitales psiquiátricos penitenciarios (Sevilla y Fontcalent) y unidades psiquiátricas de prisiones son dependientes de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias.

Con el fin de dar cumplimiento a lo dispuesto legalmente, la Secretaria General de Instituciones Penitenciarias elabora y publica el Protocolo de aplicación del Programa Marco de Atención Integral a enfermos mentales en centros penitenciarios (PAIEM) <sup>56</sup> modificado en septiembre de 2009.

Dicho Protocolo tiene un enfoque de intervención ya establecido en el Programa marco y trata de implantar una nueva metodología de actuación que facilite la realización del citado Programa en los Centros Penitenciarios para dar respuesta a la diversidad de los problemas mentales en la población interna.

---

<sup>56</sup> BARTOLOMÉ SANZ, María J.; ROCA POVEDA, Manuel. *Intervención penitenciaria con discapacitados intelectuales*. 2009. Disponible en

[http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/publicaciones/Intervencion\\_Discapacitados\\_Segovia\\_accesible.pdf](http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/publicaciones/Intervencion_Discapacitados_Segovia_accesible.pdf)

El propio Protocolo en su presentación expone que “No hay una vocación en la Institución Penitenciaria de convertirse en un recurso asistencial capaz de ofrecer una solución integral a estos problemas, sino más bien la de ejercer responsablemente la tarea que le corresponde, la detección temprana de estos casos, la mejor rehabilitación posible de cada enfermo y la correcta derivación a los recursos asistenciales especializados de la comunidad cuando corresponda, tanto al llegar el momento de la libertad, como durante su estancia en prisión para mejor seguimiento de su evolución clínica.

De esta forma, la modificación principal introducida respecto al Programa Marco, es que se establece un único Equipo Multidisciplinar de Salud Mental, responsable de la intervención sobre el enfermo desde su detección y diagnóstico hasta su salida en libertad.

La identificación de internos con enfermedad mental puede realizarse tanto en el momento del ingreso como durante su estancia en el centro como queda recogido en el Anexo 1 del Protocolo

En el caso de que cualquier profesional detecte un posible trastorno mental, lo pondrá en conocimiento de los servicios sanitarios y/o a alguno de los profesionales que integran el Equipo Multidisciplinar de Salud Mental con el fin de que se tomen las medidas necesarias.

Criterios de inclusión en el PAIEM:

- Presencia de sintomatología conductual que interfiere la integración en la vida penitenciaria de un interno con trastorno mental grave estabilizado (los enfermos agudos deben en primer lugar ser estabilizados).
- Patología dual

Criterios de exclusión en el PAIEM:

- Deficiencia mental (Programa de discapacitados)
- Trastorno inducido por uso de sustancias psicoactivas en exclusiva (Programa de atención a drogodependientes)

El objetivo del PAIEM como establece el Programa Marco, la intervención con enfermos mentales graves o crónicos en centros penitenciarios se fundamenta en las necesidades detectadas en la población penitenciaria actual.

Por lo tanto se hace necesario realizar un Programa de Atención Integral, que desarrolle unos objetivos terapéuticos y reinsertadores.

La intervención sobre el enfermo con un trastorno mental grave implica tres procesos

complementarios que requieren ser promovidos de forma específica.

1. El primero, en el que se ha hecho mayor énfasis hasta ahora, tiene que ver con los aspectos clínicos del trastorno, en el sentido de recuperar la salud estrictamente.
2. El segundo es un proceso de cambio y de rehabilitación, orientado a superar los efectos negativos que en muchos casos tienen los trastornos mentales sobre la persona.
3. El tercero es la continuidad del tratamiento, cuidados y apoyo, una vez el interno con enfermedad mental abandona el centro penitenciario.

Por ello los objetivos de intervención con internos con enfermedad mental grave o crónica serían los siguientes:

- 1º. Detectar, diagnosticar y tratar a todos los internos que sufran algún tipo de trastorno mental.
- 2º. Mejorar la calidad de vida de los enfermos mentales, aumentando su autonomía personal y la adaptación al entorno.
- 3º. Optimizar la reincorporación social y la derivación adecuada a un recurso socio-sanitario comunitario.

El Programa Marco establece que la intervención con enfermos mentales o crónicos en los centros penitenciarios está basada en un MODELO ASISTENCIAL, que contiene las siguientes líneas de actuación:

1. Detección, diagnóstico y tratamiento
2. Elaboración del Programa de Rehabilitación
3. Reinserción social

En cuanto a las características del Modelo Asistencial el Protocolo en el Programa Marco se describían ya las características del modelo asistencial haciendo referencia a los principios que fundamentan las actuaciones en este tipo de intervención, como son:

- autonomía
- calidad
- continuidad y derivación a recursos externos multidisciplinariedad
- trabajo en equipo colaboración de instituciones y entidades en materia sanitaria y de recursos sociales
- coordinación intrapenitenciaria y extrapenitenciaria

- formación
- investigación

En lo que se refiere a la aplicación del programa de intervención el Protocolo APLICACIÓN DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN 4.1. ACTUACIONES EN LA INTERVENCIÓN

De acuerdo a los objetivos y al modelo asistencial de aplicación, el programa de enfermos mentales, tal y como se establecía ya en el Programa Marco, se desarrollará de acuerdo a las siguientes actuaciones:

1. Atención Clínica
2. Rehabilitación
3. Reincorporación Social

- ATENCIÓN CLÍNICA, que implica la realización de un diagnóstico clínico y aplicación del tratamiento médico.
- REHABILITACIÓN, que implica la elaboración del programa de intervención de acuerdo a las características clínicas y la repuesta al tratamiento farmacológico. Para ello se realizará:
  - Evaluación de habilidades y discapacidades
  - Diseño del programa de rehabilitación
  - Ejecución y Seguimiento
- REINCORPORACIÓN SOCIAL, que implica la derivación progresiva y adecuada a los recursos socio-sanitarios comunitarios.

El PAIEM cuenta con recursos humanos materiales y actividades para lograr sus objetivos, para ello cuenta con:

- EQUIPO MULTIDISCIPLINAR DE SALUD MENTAL

De acuerdo al enfoque integral biopsicosocial que debe presidir la intervención de los enfermos mentales el Equipo de atención a estos internos, será multidisciplinar estando integrado, al menos, necesariamente por los siguientes profesionales:

## TFG- LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y CONDUCTA DELICTIVA

- Personal Sanitario (siendo en todo caso entre ellos imprescindible el médico, personal de enfermería y a ser posible también el psiquiatra que trate al interno).
- Psicólogo
- Educador
- Trabajador Social

Siempre que sea posible:

- Profesionales de Asociaciones uONGs
- Jurista Maestro
- Monitor deportivo
- Monitor ocupacional
- Funcionarios de vigilancia, que presten servicio en estos módulos.

Este Equipo será el responsable de intervenir desde el momento de la detección del enfermo hasta su salida del centro penitenciario.

Las funciones prevista para el del Equipo multidisciplinar de Salud Mental:

1°. Conocer la realidad de la patología mental de los internos incluidos en el PAIEM del centro (rellenar Anexo 3 – Ficha1).

2°. Establecer criterios de priorización, inclusión y clasificación por Niveles de Intervención.

3°. Realizar la evaluación de habilidades y discapacidades (Anexo 2).

4°. Definir y ejecutar el tipo de actividades a realizar con estos pacientes, ya sean las propias del centro o diseñar las específicas para ellos.

5°. Asesorar y emitir los oportunos informes para la Junta de Tratamiento a los efectos que procedan.

6°. Diseñar y ejecutar el Plan de reincorporación social.

Se asignará un Coordinador responsable del equipo, entre los componentes, que será elegido por el propio Equipo. Realizará aquellas tareas de coordinación necesarias para el buen funcionamiento del programa, tanto entre los miembros del propio equipo como en la relación con los superiores.

Los responsables directos del Equipo Multidisciplinar serán el Subdirector de Tratamiento y el

Subdirector Médico /Jefe de Servicios Médicos.

El PAIEM cuenta con Recursos materiales y actividades para el desarrollo del programa.

Los recursos materiales constituirán todos aquellos necesarios para el buen funcionamiento del programa. Debe prestarse especial atención a la dotación necesaria de materiales con el fin de evitar retrasos o posible suspensión de las actividades previstas.

Dentro de este apartado, cobran especial interés las ACTIVIDADES que se asignen en el Programa de Rehabilitación de estos internos.

Por un lado, están las actividades comunes del Establecimiento, en las que participa la población penitenciaria en su conjunto (educativas, formativas, terapéuticas, laborales, deportivas, ocupacionales, recreativas, culturales y de ocio y tiempo libre) y, por otro las actividades específicas dirigidas en exclusividad para la población con enfermedad mental (autonomía en la toma de medicación, psicomotricidad, autocontrol, autoestima, habilidades sociales, etc.).

La baja en el programa será efectiva sólo en la excarcelación, dada la evolución crónica de estos internos. Los rechazos de los enfermos a la intervención deben tratar de reconducirse hacia la aceptación, por el propio beneficio del paciente.

Ademas de este Programa también existe otro dirigido de forma individualizado para la rehabilitación del interno, el PIR (Programa Individualizado de Rehabilitación) <sup>57</sup>.

La elaboración del Programa Individualizado de Rehabilitación (PIR), implica el estudio de cada enfermo mental con el fin de:

- Completar la evaluación de la enfermedad mental.
- Determinar el nivel de intervención (tras evaluar las habilidades y discapacidades del interno).
- Asignación de objetivos y actividades intra y/o extrapenitenciarias.
- Asignación de interno de apoyo, si es preciso. Asignación de tutor (distribuyendo a los internos que están en el programa entre todos los miembros del equipo).
- Planificación, seguimiento y evaluación de los internos incluidos en el programa.

---

<sup>57</sup> BARTOLOMÉ SANZ, María J.; ROCA POVEDA, Manuel. “Intervención *penitenciaria con discapacitados intelectuales*”. 2009. Disponible en:

[http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/publicaciones/Intervencion\\_Discapitados\\_Segovia\\_accesible.pdf](http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/publicaciones/Intervencion_Discapitados_Segovia_accesible.pdf)

## TFG- LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y CONDUCTA DELICTIVA

Para su elaboración se deberá tener en cuenta también el tiempo previsto de permanencia del enfermo en el centro penitenciario, ya que en función del mismo se deberán determinar los objetivos prioritarios a trabajar en el establecimiento.

- El nivel de intervención (1-2-3)

El nivel de intervención establecido en el Programa Marco estará en función de las características clínicas, de la capacidad de integración y de relación interpersonal.

Para establecer este nivel debe utilizarse junto a la observación, la Escala de evaluación de habilidades y discapacidades, que consta en el Anexo 2, además de aquellos otros métodos de evaluación y de recogida de información que se consideren convenientes y nos puedan proporcionar la información detallada de las habilidades y déficit que presenta el interno.

- La evaluación de habilidades presentes conlleva valorar las áreas funcionales del enfermo que le permiten realizar de forma autónoma las actividades cotidianas.
- La evaluación de las áreas deficitarias establece las discapacidades individuales y déficit que pueden estar impidiendo la adaptación de la persona a su entorno.

Se establecen tres niveles de intervención, de acuerdo a la situación y evolución que a lo largo del programa pueda presentar el paciente:

Tabla 3.3 Tres niveles de intervención PIR.

| <b>Características</b>   | <b>Calidad de la respuesta y tipo de intervención.</b>  |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausencia de conducta de sirgo</li> <li>• Ausencia de conductas disruptivas</li> <li>• Síntomas que no interfieren significativamente con la integración y funcionamiento diario</li> </ul>                    | <p>NIVEL 1</p> <p>BUENA RESPUESTA (Si están todos los criterios presentes)</p> <p>Precisa seguimiento. Puede hacer vida normal en los módulos.</p>            |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Persistencia de síntomas que interfieren parcialmente con el funcionamiento diario y la integración</li> </ul>  | <p>NIVEL 2</p> <p>RESPUESTA PARCIAL</p> <p>Precisa seguimiento. Preferentemente puede hacer vida normal en los módulos. Valoración de interno de apoyo</p>    |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Persistencia de conductas de riesgo</li> <li>• Persistencia de conductas disruptivas</li> <li>• Síntomas que interfieren significativamente con el funcionamiento diario y la integración al medio</li> </ul> | <p>NIVEL 3</p> <p>MALA RESPUESTA (Si está cualquiera de los criterios presentes)</p> <p>(BAJA ADAPTACION) Precisa control. Asignación de interno de apoyo</p> |

Teniendo en cuenta que el ingreso en enfermería es determinado exclusivamente por el médico que atiende a los internos, será después del ingreso de éstos en la misma, cuando el equipo multidisciplinar evalúe la necesidad de cambio de nivel en el PAIEM. Los niveles son flexibles y ostentativos y vienen determinados por la capacidad de adaptación de cada interno al centro en función de su patología.

### *3.1.3.2 Centros Educativos Especiales para penados discapacitados.*

Desde hace tiempo, se viene observando dentro de la población penitenciaria un tipo de personas que, por haber sido declaradas inimputables desde el punto de vista legal y haber sido sometidos a una medida de seguridad de internamiento en un Centro Educativo Especial presentan una necesidad de tratamiento especializado distinto del resto de la población penitenciaria. Las medidas de seguridad de internamiento, según establece el Código Penal, pueden ser de tres tipos:

- Internamiento en un Centro Educativo Especial
- Internamiento en un Centro Psiquiátrico
- Internamiento en un Centro de Tratamiento de Drogodependencias.

Mientras que para las personas que tienen impuestas cualquiera de las dos últimas existen, por un lado, los centros psiquiátricos penitenciarios y por otro los distintos centros en régimen de Comunidad Terapéutica u otros gestionados por asociaciones y/o particulares; para los sometidos a medida de internamiento en un Centro Educativo Especial no existía ningún centro ni tampoco ningún tratamiento específico en prisión adaptado a sus necesidades.

Este tipo de personas, que en su mayoría son declarados exentos de responsabilidad criminal, atendiendo a sus características psicológicas (sobre todo retrasos intelectuales, sensoriales y en muchas ocasiones combinados con trastornos de conducta y/o de personalidad), se encontraban en los psiquiátricos penitenciarios en su mayoría, pero también en centros penitenciarios normales conviviendo con personas condenadas a penas privativas de libertad.

Según se puso de manifiesto por la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias en las I Jornadas Estatales sobre Atención a Personas con discapacidad intelectual en Centros Penitenciarios, celebradas en Sevilla desde el 22 al 24 Octubre 2.007, en una primera aproximación pueden existir alrededor de 2.300 reclusos con discapacidad intelectual, física o sensorial en los Establecimientos Penitenciarios.



De estos, en torno a 522 estarían afectadas de discapacidad intelectual, lo que nos acerca al 1% de la población interna <sup>58</sup> . Tras la entrada en vigor del CP de 1.995 aparece la medida de internamiento en Centro Educativo Especial como una medida de seguridad privativa de libertad, postdelictual, que viene recogida en los Arts. 96.2.3a, 101 y 103 del CP y referida a las eximentes del Art. 20.1 y 20.3 del mismo texto: anomalía o alteración psíquica o alteraciones en la percepción desde el nacimiento o infancia.

También es aplicable esta medida de seguridad en casos de eximente incompleta de los números antes citados, de conformidad con el art. 104 y 99 C.P. Hablamos, por tanto, desde el plano material, de un Centro adecuado para el tratamiento de anomalías o alteraciones psíquicas o de alteraciones de la percepción, en el sentido apuntado, que no sean susceptibles de ingreso psiquiátrico.

No dice el Código Penal que el internamiento deba ser en Establecimiento Penitenciario, cuestión que habrá de valorarse por el Juez o Tribunal sentenciador. Desde la normativa penitenciaria el tratamiento de estas personas en los establecimientos especiales es una exigencia de la LOGP (arts. 1, 7c y 11c).

Aún a pesar del tiempo ya pasado desde la aparición de la medida de seguridad privativa de libertad de internamiento en Centro Educativo Especial no se ha producido su desarrollo reglamentario. Ha sido tradicional la regulación de la medida de seguridad de ingreso en Psiquiátrico Penitenciario, hoy recogida en los arts. 183 y ss., como una forma especial de ejecución. Acaso porque, como se ha señalado, nada dice el Código Penal sobre su cumplimiento en el sistema penitenciario, el art. 182.3 del R.P. (Reglamento Penitenciario) habilita a la Administración Penitenciaria para realizar convenios con otras Administraciones o entidades colaboradoras para la ejecución de medidas privativas de libertad. Tenemos dudas acerca de si el RD 515/ 05, de 6 de mayo, sobre trabajo en beneficio de la comunidad, localización permanente y otras medidas de seguridad no privativas de libertad, podría haber sido el lugar para un mínimo desarrollo de esta medida. En cualquier caso debe ser materia a abordar, por su especificidad, en una futura reforma reglamentaria.

La medida de seguridad nace del presupuesto de haberse cometido un hecho delictivo, haber sido declarado el autor inimputable o semiimputable en el proceso (arts. 101 a 104 C.P.) y existir peligrosidad criminal.

---

<sup>58</sup> BARTOLOMÉ SANZ, María J.; ROCA POVEDA, Manuel. “Intervención *penitenciaria con discapacitados intelectuales*”. 2009. Disponible en

[http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/publicaciones/Intervencion\\_Discapacitados\\_Segovia\\_accesible.pdf](http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/publicaciones/Intervencion_Discapacitados_Segovia_accesible.pdf)

Los internos penados diagnosticados de discapacidad intelectual que cumplen condena en la Unidad de Penados del Módulo de Discapacitados en su mayor parte tiene como diagnóstico principal retraso mental. Los niveles intelectuales oscilan entre inteligencia límite y retraso mental moderado. La mayoría padece un retraso mental leve-moderado.

Suele ser infrecuente encontrar retrasos mentales como único diagnóstico por lo que subsiste con otros trastornos. Los más habituales son:

- Trastornos de personalidad
- Trastornos de conducta (falta de control de impulsos, auto o heteroagresividad tanto física como verbal)
- Drogodependencias y/o alcoholismo
- Patologías psiquiátricas (esquizofrenia, trastornos obsesivo-compulsivos, trastornos del estado de ánimo, ansiedad etc.)
- Patologías neurológicas, sobre todo epilepsia
- Discapacidad sensorial (sordomudez, discapacidad visual etc.)

Estos internos se hallan en su totalidad clasificados en segundo grado de tratamiento.

El hecho de ser penados nace de haber sido declarados imputables en el proceso. Naturalmente estos internos, al ser penados, siguen el itinerario penitenciario del resto de los internos penados. Cuando procede, según sus variables, son progresados a tercer grado y destinados a un Centro de Inserción Social u otras unidades de cumplimiento. Durante su estancia en el Módulo se aplica el principio de comunidad terapéutica del art. 115 R. P. por lo que la Junta de Tratamiento asume funciones de Consejo de Dirección y Comisión Disciplinaria en relación con los penados.

Sirva a modo ejemplo de Centro de Educativo Especial el Módulo de Discapacitados del Centro Penitenciario de Segovia <sup>59</sup>. La Unidad Educativa Especial del Centro Penitenciario de Segovia inicia su andadura el 25 de Febrero de 2.004. Su nacimiento se debe a las exigencias del Código Penal que crea esta medida de seguridad privativa de libertad.

---

<sup>59</sup> BARTOLOMÉ SANZ, María J.; ROCA POVEDA, Manuel. Intervención *penitenciaria con discapacitados intelectuales*. 2009. Disponible en

[http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/publicaciones/Intervencion\\_Discapacitados\\_Segovia\\_accesible.pdf](http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/publicaciones/Intervencion_Discapacitados_Segovia_accesible.pdf)

En el citado módulo se halla ocupado por internos bajo medida de seguridad privativa de libertad de internamiento en Unidad Centro Educativa Especial y penados discapacitados diagnosticados.

La ausencia de desarrollo normativo de la medida de seguridad de internamiento en Centro de Educación Especial, a la que ya hemos aludido, motivó que el Consejo de Dirección del Centro

Penitenciario de Segovia elaborara un primer protocolo de funcionamiento, que fue aprobado por la Subdirección General de Gestión Penitenciaria, de la entonces Dirección General de Instituciones Penitenciarias, en fecha 30.3.04.

Posteriormente la Dirección General de Instituciones Penitenciarias priorizó el incrementar la atención a internos que presentan discapacidad intelectual, física y sensorial. Así, en el segundo protocolo de funcionamiento se establece la necesidad de potenciar y mantener la Unidad Educativa Especial del Centro Penitenciario de Segovia, que como se dijo alberga a internos sometidos a medida de seguridad privativa de libertad de internamiento en Centro Educativo Especial, y por otro ampliar y rentabilizar ese espacio terapéutico, de manera que puedan ingresar en la misma internos penados que presenten discapacidad, una vez detectada. Este segundo protocolo fue aprobado por la Subdirección General de Tratamiento y Gestión Penitenciaria en resolución de fecha 10.11.05.

El Protocolo de Funcionamiento es un instrumento para la gestión, coordinación y puesta en común de esta forma de internamiento. Regula el ingreso, la forma de ejecución y las especialidades del régimen de internamiento. Dispone que el ingreso en el Módulo de Discapacitados será ordenado por la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias y así, específicamente:

A) Serán destinados a la Unidad Educativa Especial aquellas personas sentenciadas a medida de seguridad privativa de libertad - Artículo 96.2.3a, Artículo 101 y Artículo 103 del Código Penal- por aplicación de las eximente primera y tercera del Artículo 20 del Código Penal. Asimismo, para los internos sometidos a medida de seguridad privativa de libertad, conforme a las prescripciones del Artículo 104 del Código Penal por aplicación de eximente incompleta primera y tercera del Artículo 20 del Código Penal.

B) Serán destinados a la Unidad de Penados discapacitados intelectuales o sensoriales aquellos internos que presenten discapacidad. La propuesta de traslado se formulará por la Junta de Tratamiento previa detección del caso y estudio-valoración, remitiéndose, junto con acuerdo de clasificación o revisión de grado penitenciario, a la Subdirección General de Tratamiento y

Gestión Penitenciaria del Centro Directivo, quien tomará el acuerdo oportuno. El perfil para ingreso en la Unidad de penados Discapacitados se valorará de manera individualizada por los Servicios competentes de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias.

El Módulo de Discapacitados, físicamente, es un módulo autosuficiente que cuenta con sala de usos múltiples, aula escuela, tres aulas independientes, una de ellas de informática, talleres ocupacionales, formativos y un patio para actividades ocio-deportivas. Se hace uso, además, de zonas comunes, acompañados de personal de intervención, como piscina, polideportivo, pabellón sociocultural, cine y otros. Ha sido objeto de convenio con FEAPS su colaboración dentro del Programa de intervención con discapacitados debiendo destacarse su trabajo en favor de este grupo de internos, de su normalización y de su acercamiento a familias y redes sociales.

Por otra parte, existen internos condenados a pena privativa de libertad que, aun habiendo sido considerados imputables, tienen un perfil psicológico muy similar al de otros a los que se les ha aplicado una medida de seguridad de internamiento en un Centro Educativo Especial, por lo que sus necesidades de tratamiento son las mismas, o por lo menos podrían ser usuarios del mismo programa de tratamiento que los anteriores.

Finalmente existen personas que han sido juzgadas por varias responsabilidades penales en distintos juzgados habiendo sido considerados por unos jueces imputables y por otros inimputables, con lo cual constan condenados por unas causas a penas privativas de libertad y por otras, se les exime de responsabilidad criminal y se les aplica una medida de seguridad de internamiento, requiriendo igualmente el mismo tratamiento.

Así pues, tenemos tres tipos de internos susceptibles de ser usuarios de un programa para discapacitados: Los sometidos a medida de seguridad de internamiento en un Centro Educativo Especial con una discapacidad intelectual y/o sensorial.

- Los condenados a pena privativa de libertad que presentan una discapacidad intelectual y/o sensorial.
- Los, llamémoslos “mixtos”, que tienen unas responsabilidades penadas y también tienen impuestas medidas de seguridad de internamiento por otras causas e igualmente a los anteriores presentan una discapacidad intelectual y/o sensorial.

Lo que está claro es que estos tres tipos de internos tienen una cosa muy importante en común: son discapacitados y por lo tanto presentan unas necesidades muy concretas en lo referente al diseño de

## *TFG- LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y CONDUCTA DELICTIVA*

su programa de tratamiento y a la intervención a realizar con ellos durante su internamiento.

Este Centro tiene como Objetivos Generales:

Atender a las necesidades de tratamiento de los discapacitados en prisión.

- Trabajar en colaboración con sus familias (en el caso de que la tengan) para concienciarles del problema y dotarles de herramientas para solucionarlo.
- Enseñar a los internos, siempre dentro de sus posibilidades, estrategias que les proporcionen una autonomía personal e incidir en los aspectos que les han llevado a cometer el delito para garantizar en la medida de lo posible que no se vuelva a producir.
- Buscar una derivación, ya próxima la libertad o bien cuando llevando un tiempo ya cumplido, el Equipo lo considere oportuno, y siempre consensuada con la familia, de forma que cuando salgan a la calle y optimizando la utilización de los recursos externos, continúen teniendo atendidas las necesidades de tratamiento propias de su discapacidad.

Como Objetivos Específicos figuran:

- Promover hábitos de limpieza, aseo personal, orden, higiene... de forma que consigan automatizarlos y así lograr una autonomía en las habilidades de la vida diaria.
- Dotarles de formación profesional y académica acorde a sus capacidades y preferencias y también conveniencia, según el caso.
- Promover hábitos pre-laborales (asistencia a actividades, puntualidad, esfuerzo, permanencia en la actividad, rendimiento, etc.)
- Promover la Educación para la Salud en sus distintos aspectos (higiene, nutrición, sexo seguro, enfermedades de transmisión sexual, adherencia a los tratamientos farmacológicos, tratamiento de drogodependencias, etc.)
- Entrenarles en Habilidades Sociales y autocontrol para canalizar emociones y saber reconocerlas en sí mismo y en los demás y aprender a controlar el propio comportamiento (actividades deportivas para descargar tensión).
- Corregir ciertos comportamientos delincuenciales adquiridos, en algunos de ellos desde hace años, y que les han proporcionado la picaresca necesaria para desenvolverse en la calle cometiendo delitos.
- Mantener permanentemente informada a la familia de las actuaciones que se están realizando

## TFG- LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y CONDUCTA DELICTIVA

con el interno y porqué. Orientar, informar y asesorar sobre los recursos sociales, económicos e institucionales a los que puede optar. Y, finalmente, consensuar con las familias las medidas a tomar una vez se aproxime la fecha de excarcelación.

En cuanto a los Recursos Materiales el Programa se desarrolla en el Módulo 1 del Centro Penitenciario de Segovia, dotado con:

- Una sala de usos múltiples.
- Un aula para la escuela.
- Tres aulas más para trabajar en grupos terapéuticos y con los ordenadores.
- Dependencias para talleres ocupacionales y formativos.
- Una sala de peluquería y afeitado.
- Un patio para desarrollar actividades de ocio y deportivas.

Además se podrá hacer uso de los departamentos comunes para todos los internos del Centro Penitenciario:

- Polideportivo.
- Pabellón Sociocultural.
- Piscina.
- Salón de actos.
- Departamento de Comunicaciones.

Dispone además de los siguientes Recursos Humanos:

Por parte de FEAPS:

- Una Profesora de Educación Especial
- Una Terapeuta Ocupacional.
- Una Monitora Deportiva (en contratos temporales)

Por parte de Instituciones Penitenciarias:

- Coordinador/ Subdirector de Tratamiento.

## *TFG- LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y CONDUCTA DELICTIVA*

- Una Coordinadora Técnica/ Psicóloga.
- Dos educadores.
- Una Trabajadora Social.
- Un Jurista.
- Una Psiquiatra.
- Un Médico.
- Funcionarios de Vigilancia.
- Maestros y Monitores de cursos de formación.

Todo lo aprendido en el módulo tiene el fin de generar hábitos de comportamiento que les sirvan en la vida real, en el exterior, por eso, el programa se completa con salidas terapéuticas para los internos que estén en condiciones penales, penitenciarias, psicológicas y sanitarias.

Para ello el equipo de intervención diseña unas salidas que pueden resultar interesantes, según el perfil de los usuarios que las van a disfrutar. Pueden ser convivencia con la familia, de ocio y tiempo libre, de gestión de documentación, deportiva, cultural, etc. Siempre salen acompañados por al menos un profesional de los que trabajan con ellos en el módulo y son salidas tuteladas de forma que todas los aprendizajes que se van a poner en práctica están supervisados, para poder intervenir si se considera necesario.

Las salidas terapéuticas forman parte del programa y merecen una mención especial como herramienta de trabajo porque nos permite realizar una doble tarea, tanto de diagnóstico como de intervención en un medio más parecido al que van a retornar y no tan artificial. Por un lado se observan comportamientos ante situaciones de la vida real y a la vez se pueden poner en práctica todo lo aprendido en el centro extrapolándolo a situaciones verídicas, para cambiar hábitos, introducir otros nuevos y tratar de automatizar conductas. Cabe señalar que en ocasiones las salidas se efectúan acompañados de la familia y de un profesional del Equipo y en este caso, aparte de revestir un carácter convivencial, se aprovecha para intercambiar información con los familiares y darles instrucciones y consejo sobre la forma más adecuada de actuar con el interno.

Por lo que respecta a los internos sometidos a medida de seguridad, el Equipo de Intervención propone a la Junta de Tratamiento y ésta a su vez, si lo considera conveniente, al Juzgado de Vigilancia la inclusión del interno en el programa de salidas terapéuticas, cuando el equipo considera que se

encuentra preparado. Una vez que llega la autorización, se inician las salidas con él y/o se incorpora a las que se están realizando con otros. Los internos condenados a pena privativa de libertad, tienen la posibilidad de realizar estas salidas, en forma de salidas programadas (art. 114 del RP).

### 3.2 Resumen Capítulo III

Si bien los trastornos de personalidad se hallan recogidos en las nosologías vigentes, no se escapa que aun es necesario una mayor homogenización y claridad conceptual y aunque existen un alto grado de convergencia entre ambas fuentes (APA y OMS), también mantienen diferencias. Por eso es arriesgado utilizar a ciegas la nosología psicopatológica dentro del ámbito jurídico debido justamente a las discrepancias que hemos señalado anteriormente. Con la última reforma del Código penal desaparecen las Faltas y éstas pasan a ser delitos menos graves o en su caso quedan en el ámbito administrativo.

Señalar que, se espera que los avances en el campo de la neuroimagen y genética aporten un conocimiento mas exacto acerca de la etiología y tratamiento preventivo así como de la intervención para con estas personas, facilitando la labor de jueces y tribunales así como de la comunidad terapéutica responsable de la intervención.

Se ha contrastado un número insuficiente de centros adecuados y la falta de idoneidad de algunos otros por encontrarse dentro de instituciones penitenciarias ordinarias.



## CAPÍTULO IV. CONCLUSIONES

En el presente trabajo se ha buscado realizar una revisión de literatura científica relacionada con el estudio entre los Trastornos de Personalidad y la delincuencia, visto también desde la óptica jurídica por la trascendencia que tiene para la conceptualización y consecuencias de los hechos cometidos por sujetos que padecen alteraciones psíquicas sumando los avances que en el campo de la neurociencia se llevan a cabo por ser una herramienta de presente pero sobre todo de futuro con la que se podrá actuar antes de la comisión, evaluar mas adecuadamente los hechos ocurridos en función del sujeto y buscar las medidas y terapias mas adecuadas al caso.

De la lectura efectuada puede confirmarse que los trastornos de personalidad son muy frecuentes en muestras de población forense y son considerados predictores de la conducta criminal

Los trastornos de la personalidad más frecuentemente implicados en delitos penales son:

- Trastorno límite.
- Trastorno antisocial.
- Trastorno paranoide

En el lado contrario, los menos frecuentes son:

- Trastorno evitativo
- Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad.

Los términos psicopatológicos y de personalidad que más frecuentemente aparecen en la doctrina jurisprudencial y que sirven para explicar la relación entre un trastorno y la acción delictiva son:

- búsqueda permanente de sensaciones
- egocentrismo
- alta impulsividad
- baja empatía
- inestabilidad emocional
- explosiones de ira ante estímulos estresantes

- baja resistencia a la frustración
- narcisismo
- suspicacia
- frialdad emocional
- dificultad para establecer rasgos afectivos.

Toda esta terminología utilizada no es exclusiva de un único trastorno de personalidad por el contrario es frecuente de muchos de ellos.

Cuanto mas factores aparecen en el sujeto mayor es la probabilidad de que el mismo llegue a implicarse en actividades delictivas y/o violentas.

La mayoría de las personas que padecen un trastorno de personalidad diagnosticado no llegarán a cometer actos delictivos o a desarrollar una “carrera delictiva.

La mayoría de las personas con TP no son violentas ni lo han sido nunca.

Muchas personalidades anormales son más bien víctimas propiciatorias que delincuentes.

Ningún TP está asociado necesariamente a conductas violentas de forma permanente y desde un planteamiento dinámico y motivacional, un TP no explica por sí solo la conducta violenta.

Si bien la doctrina jurisprudencia ha ido evolucionando hacia una mayor sensibilidad a la hora de abordar los trastornos en relación al hecho delictivo, sigue presente una inclinación a considerar que la capacidad cognitiva y volitiva de estas personas por lo que en la mayoría de casos el diagnóstico de trastorno apareja una atenuación de la pena. Una de las razones para ello puede estar en la terminología usada para la descripción de los sujetos así como para explicar su comportamiento que lleva a los órganos judiciales a una confusión conceptual y de criterios diagnósticos. En mi opinión lo que evidencia es la necesidad de unificar criterios médicos en cuanto a las alteraciones psíquicas y en especial a los trastornos de personalidad. Debe impulsarse la investigación multidisciplinar de las anomalías psíquicas y debe de abordarse de manera específica en lugar de general con el fin de identificar las características que describen la idiosincrasia de cada variante de los trastornos de personalidad facilitando el diagnóstico de los profesionales implicados. Esto repercutiría positivamente en los profesionales encargados de aplicar la ley.

Esta falta de nitidez en el diagnóstico se extiende irremediablemente a las medidas

postdelictuales, circunstancia que se agrava si sumamos la escasez de recursos tal y como queda reflejada en STS de 7 de mayo de 2001 donde la sala expresa “...admitida en general la imputabilidad disminuida de los trastornos antisociales de la personalidad..., la aplicación de alternativas a la prisión parece chocar con la inexistencia de recursos al tratamiento a través de medidas y por la carencia de la red al respecto”. No se hace referencia en las sentencias a las medidas de seguridad directamente relacionadas con el trastorno de personalidad del imputado.

En el Código Penal no se hallan reguladas en qué establecimiento, instituciones o que recursos deben ejecutarse las medidas de seguridad privativas de libertad, solo establece que deben ser “establecimientos adecuados al tipo de anomalía o alteración psíquica que se aprecie” y a , “centro de deshabitación público o privado debidamente acreditado u homologado” y a “centro educativo especial”. La LOGP y el RP 1996 obliga a las Administración penitenciaria a crear recursos necesarios o de otro modo, ponerlos a disposición de jueces y tribunales (art. 1,8 y 11 de LOGP). Pero tal y como se ha recogido en el presente trabajo existe una carencia de recursos públicos en la Administración penitenciaria especialmente en cuanto a los establecimientos psiquiátricos. Existen sólo dos unidades psiquiátricas en todo el territorio de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias ya que Catalunya tiene su propia red. Por tanto no sería descabellado plantear la externalización de la Sanidad Psiquiátrica Penitenciara de la Secretaria General de Instituciones Penitenciarias e incluirla en el Régimen General de la Seguridad Social tomando las medidas adecuadas al efecto, tal y como ocurre en otros sistemas similares del entorno cultural, como por ejemplo Reino Unido.

## BIBLIOGRAFIA

ALCALDE REQUEJO, Sara. Disponible en:

[http://www.academia.edu/9942488/TEORIAS\\_INTEGRADORAS\\_DELINCUENCIA\\_JUVENIL](http://www.academia.edu/9942488/TEORIAS_INTEGRADORAS_DELINCUENCIA_JUVENIL)

BARTOLOMÉ SANZ, María J.; ROCA POVEDA, Manuel. Intervención *penitenciaria con discapacitados intelectuales*. 2009. Disponible en

[http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/publicaciones/Intervencion\\_Discapacitados\\_Segovia\\_accesible.pdf](http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/publicaciones/Intervencion_Discapacitados_Segovia_accesible.pdf)

BAYON, Carmen (2006). “*Modelo psicobiológico de personalidad de Cloninger. Aproximación integradora a los trastornos de personalidad y procesos psicoterapéuticos*”. Psiquiatría.com. Disponible en:

<https://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psiquiatriacom/article/viewFile/276/261>

BERISTAIN, Antonio. “*Sobre la personalidad. Homenaje a Jean Pinatel*”. Revista Ciencias penales nº 8, pag.3. San Sebastián.1989 .Disponible en: <http://www.corteidh.or.cr/tablas/R01613-3.pdf>

CALVO, Natalia; NASILLO, Viviana; MARC Ferrer. “Estudio de prevalencias de trastornos de personalidad en una muestra de presos con trastornos por uso de sustancias usando el autoinforme PDQ-4+”. Disponible en

<https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/18/103/ESP/18-103-ESP-178-82-306341.pdf>

CARDENAL Violeta, SÁNCHEZ M.<sup>a</sup> Pilar, ORTIZ-TALLO Margarita. *Los trastornos de personalidad según el modelo de Millon: una propuesta integradora*. Clínica y Salud [Internet]. 2007 Dic : 305-324. Disponible en:

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1130-52742007000300004&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742007000300004&lng=es).

CHEJOV, Anton P. *La habitación 6*, Biblioteca Básica de Salvat, 1982

ESBEC RODRIGUEZ. Enrique, ECHEBURUA ODRIOZOLA, Enrique. “*Violencia y trastornos de la personalidad: implicaciones clínicas y forenses*” Actas Esp. Psiquiatr. 2010; 38 (5): pag. 249-261. Disponible en

<http://www.actaspsiquiatrias.es/repositorio/11/67/ESP/11-67-ESP-249-261-165838.pdf>

FARIÑAS Francisca. ARCE, Ramón. “*Menores infractores: un estudio de los factores de riesgo*”. Disponible en

<http://apj.elsevier.es/es/item-herramientas/rif/>

## TFG- LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y CONDUCTA DELICTIVA

GABILONDO CUELLAR, Andrea. *“Epidemiología del episodio depresivo mayor. Estudio descriptivo y análisis de resultados en el contexto europeo”*. Proyecto ESEMED- ESPAÑA Disponible en :

<http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/77785/tagc.pdf?sequence=1>

GARCIA ANDRADE, José Antonio. El Periódico de Aragón. 17/11/2006. Disponible en

<http://www.elperiodicodearagon.com/noticias/enviar.php?id=282961>

GONZÁLEZ GUERRERO, Laura . (2012). *Trastornos de la personalidad: Influencia sobre la conducta delictiva y repercusiones forenses en la jurisdicción penal*. Universidad Complutense de Madrid, Servicio de Publicaciones.

Disponible en: <http://eprints.ucm.es/14431/>

HADDAD, Christian Adrian. BUSNELLI, Mariano Roberto, 2005 *“Trastornos borderline y su correlato neurobiológico*. Revista argentina de Neuropsiquiatría. Año XV, vol. 12, n° 2 de julio de 2005

HERRERO, O.; ORDÓÑEZ, F. Adolescencia y comportamiento antisocial. Universidad Autónoma de Madrid, 2002, Psicothema, Vol. 14, n° 2, ISSN,0214, disponible: <http://www.psychothema.com/pdf/729.pdf>

LLAMAZARES JARQUE, Livia. ANDRES PUEYO, Antonio. *“Personalidad y alteraciones clínicas en el comportamiento penitenciario”*. Universidad de Barcelona. PSICOLOGÍA JURIDICA, EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN. Disponible:

[https://www.researchgate.net/profile/Ramon\\_Arce/publication/288826075\\_Psicologia\\_juridica\\_Evaluacion\\_e\\_intervencion/links/56844eec08ae197583937ef3.pdf?origin=publication\\_detail](https://www.researchgate.net/profile/Ramon_Arce/publication/288826075_Psicologia_juridica_Evaluacion_e_intervencion/links/56844eec08ae197583937ef3.pdf?origin=publication_detail)

LÓPEZ-REY, Manuel *“La Criminología como ciencia”*. Temas de Derecho. <http://wp.me/p2k2bx-aR>

LORENZO GARCIA, F. MARTÍN-FUMADO, C. Revista Española de Medicina

legal.<http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-medicina-legal-285-articulo-trastornos-personalidad-jurisprudencia-espanola-S0377473215000681?referer=buscador>

MAYORCA, Juan Manuel, *“Nueva Criminología”*, Tomo 1, pág. 35, Universidad de Caracas Facultad de Ciencias Jurídicas y Políticas, 1 enero 1999

MINISTERIO DEL INTERIOR 2015. Secretaria General de Instituciones Penitenciarias. (sitio web).

Madrid. (Consulta el 29 de mayo 2017). Disponible en : <http://www.interior.gob.es/web/archivos-y-documentacion/instituciones-penitenciarias2>

## TFG- LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y CONDUCTA DELICTIVA

PINTO, Bismarck. “ *Emoción, cognición y relaciones interpersonales en la psicopatía primaria de Lykken*”. *Ajayu* 2003, vol.1, n.1, pp. 95-114. Disponible en: [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S207721612003000100006&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S207721612003000100006&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 2077-2161.

RETOLAZA BELSATEGUI, Ander. “*Trastornos mentales comunes. Manual de orientación.* ”. Disponible <http://www.osalde.org/drupal-5.1/files/Documentos/Trastornos-Mentales-Comunes-Manual-de-Orientacion.pdf>

REDONDO ILLESCAS, Santiago PUEYO, Antonio. A. (2007). La psicología de la delincuencia. *Papeles del psicólogo*, 28(3), 147-156. Disponible en <http://www.cop.es/papeles>

SZYF, M., y BICK, J. (2013). DNA methylation: A mechanism for embedding early life experiences in the genome. *Child Development*, 84,49-57

SOBRAL, Jorge. LUENGO, Angeles. “Personalidad, género y criminalidad”. *Psicothema* 2007, n°2, pág. 269. Universidad de Santiago de Compostela. <https://www.Psicothema.com/pdf/3359.pdf>

TAPIAS, Angela; AVELLANEDA, Luisa; MONCADA, Melissa; PEREZ, Irma. “*Elaboración de perfiles criminales desconocidos con base en al escena del crimen*” <http://psicologiajuridica.org/psi7.html>

UNIVERSIDAD DE CADIZ, 2016. “*Introducción al Derecho Penal, tema 10 Las medidas de seguridad*” ,(sitio web) Cádiz. (consulta 29 mayo 2017).Disponible en <https://ocw.uca.es/mod/book/view.php?id=1280>

URBINA TORTOLERO, Eladio R “*Teorías criminológicas que intentan explicar la delincuencia en la sociedad.*” Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos89/teorias-criminologicas-delincuencia-sociedad/teorias-criminologicas-delincuencia-sociedad2.shtml>

VAZQUEZ GONZALEZ Carlos (2003), “*Delincuencia juvenil. Consideraciones penales y criminológicas*”, Colex, págs. 44 , Madrid, ISBN: 84-7879-770-X, 2003

ZABALA BAÑOS, María Carmen. “*Prevalencia de trastornos mentales en prisión: análisis de la relación con delitos y reincidencia.* Madrid. 2016. Disponible en: <http://eprints.ucm.es/35879/1/T36874.pdf>

1 HARE, Robert, *Sin conciencia*, pág. 44, Paidós, 2016

2 KRAEPELIN, Emil, *Psiquiatría*, 1883, cit. por CARRASCO GÓMEZ, Juan J., y MAZA MARTÍN, José M., *Manual de Psiquiatría Legal y Forense*, 2a ed., La Ley, Madrid, 2003, p. 1307. El autor citado realiza una clasificación de las enfermedades mentales e introduce el término de “personalidad psicopática”

3 CHEJOV, Anton P. *La habitación 6*, Biblioteca Básica de Salvat, 1982

4 GARCÍA ANDRADE, José A., *Psiquiatría Criminal y Forense*, Ed. Cera, Madrid, 1993, p. 14

5 GONZÁLEZ GUERREO, Laura. *Trastornos de la personalidad : influencia sobre la conducta delictiva y repercusiones forenses en la jurisdicción penal*. Madrid: Universidad Complutense, 2011

6 CARDENAL Violeta, SÁNCHEZ M.<sup>a</sup> Pilar, ORTIZ-TALLO Margarita. *Los trastornos de personalidad según el modelo de Millon: una propuesta integradora*. Clínica y Salud [Internet]. 2007 Dic : 305-324.

Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1130-52742007000300004&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742007000300004&lng=es).

7 ESBEK RODRIGUEZ. Enrique, ECHEBURUA ODRIOZOLA, Enrique. “*Violencia y trastornos de la personalidad: implicaciones clínicas y forenses*” *Actas Esp. Psiquiatr.* 2010; 38 (5): pag. 249-261. Disponible en <http://www.actaspsiquiatrias.es/repositorio/11/67/ESP/11-67-ESP-249-261-165838.pdf>

8 MAYORCA, Juan Manuel, “*Nueva Criminología*”, Tomo 1, pág. 35, Universidad de Caracas Facultad de Ciencias Jurídicas y Políticas, 1 enero 1999

9 LÓPEZ-REY, Manuel “*La Criminología como ciencia*”. *Temas de Derecho*. <http://wp.me/p2k2bx-aR>

- 10 ESBEC RODRIGUEZ, Enrique, ECHEBURUA ODRIOZOLA, Enrique. “*Violencia y trastornos de la personalidad: implicaciones clínicas y forenses*” Actas Esp. Psiquiatr. 2010; 38 (5): pag. 249-261. Disponible en <http://www.actaspsiquiatrias.es/repositorio/11/67/ESP/11-67-ESP-249-261-165838.pdf>
- 11 BERISTAIN, Antonio. “Sobre la personalidad. Homenaje a Jean Pinatel”. Revista Ciencias penales nº 8, pag.3. San Sebastián.1989. Disponible en: <http://www.corteidh.or.cr/tablas/R01613-3.pdf>
- 12 SOBRAL, Jorge. LUENGO, Angeles. “Personalidad, género y criminalidad”. Psicothema 2007, nº2, pág. 269. Universidad de Santiago de Compostela. <https://www.Psicothema.com/pdf/3359.pdf>
- 13 LLAMAZARES JARQUE, Livia. ANDRES PUEYO, Antonio. “*Personalidad y alteraciones clínicas en el comportamiento penitenciario*”. Universidad de Barcelona. PSICOLOGÍA JURIDICA, EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN. Disponible:  
[https://www.researchgate.net/profile/Ramon\\_Arce/publication/288826075\\_Psicologia\\_juridica\\_Evaluacion\\_e\\_intervencion/links/56844e08ae197583937ef3.pdf?origin=publication\\_detail](https://www.researchgate.net/profile/Ramon_Arce/publication/288826075_Psicologia_juridica_Evaluacion_e_intervencion/links/56844e08ae197583937ef3.pdf?origin=publication_detail)
- 14 ESBEC RODRIGUEZ, Enrique, ECHEBURUA ODRIOZOLA, Enrique. “*Violencia y trastornos de la personalidad: implicaciones clínicas y forenses*” Actas Esp. Psiquiatr. 2010; 38 (5): pag. 249-261. Disponible en <http://www.actaspsiquiatrias.es/repositorio/11/67/ESP/11-67-ESP-249-261-165838.pdf>
- 15 GONZALEZ GUERRERO, Laura. (2012). *Trastornos de la personalidad: Influencia sobre la conducta delictiva y repercusiones forenses en la jurisdicción penal*. Universidad Complutense de Madrid, Servicio de Publicaciones
- 16 HADDAD, Christian Adrian. BUSNELLI, Mariano Roberto, 2005 “*Trastornos borderline y su correlato neurobiológico*”. Revista argentina de Neuropsiquiatría. Año XV, vol. 12, nº 2 de julio de 2005
- 17 REDONDO ILLESCAS, Santiago PUEYO, Antonio. A. (2007). La psicología de la delincuencia. *Papeles del psicólogo*, 28(3), 147-156. Disponible en <http://www.cop.es/papeles> .
- 18 GARCIA ANDRADE, José Antonio. El Periódico de Aragón. 17/11/2006. Disponible en



<http://www.elperiodicodearagon.com/noticias/enviar.php?id=282961>

19 GONZALEZ GUERRERO, Laura. (2012). *Trastornos de la personalidad: Influencia sobre la conducta delictiva y repercusiones forenses en la jurisdicción penal*. Universidad Complutense de Madrid, Servicio de Publicaciones

20 GONZÁLEZ GUERREO, Laura. (2012). *Trastornos de la personalidad: Influencia sobre la conducta delictiva y repercusiones forenses en la jurisdicción penal*. Universidad Complutense de Madrid, Servicio de Publicaciones.

21 REDONDO ILLESCAS, Santiago PUEYO, Antonio. A. (2007). La psicología de la delincuencia. *Papeles del psicólogo*, 28(3), 147-156. Disponible en <http://www.cop.es/papeles>

22 GONZÁLEZ GUERRERO, Laura . (2012). *Trastornos de la personalidad: Influencia sobre la conducta delictiva y repercusiones forenses en la jurisdicción penal*. Universidad Complutense de Madrid, Servicio de Publicaciones.

23 TAPIAS, Angela; AVELLANEDA, Luisa; MONCADA, Melissa; PEREZ, Irma. “Elaboración de perfiles criminales desconocidos con base en al escena del crimen” <http://psicologiajuridica.org/psi7.html>

24 VAZQUEZ GONZALEZ Carlos (2003), “*Delincuencia juvenil. Consideraciones penales y criminologías*”, Colex, págs. 44 , Madrid, ISBN: 84-7879-770-X, 2003

25 *Revista Internacional de Psicología*. Modelo Psicobiológico de personalidad de Eysenck. / Julio 2010, Vol. 11, nº 2. Disponible: <http://www.revistapsicologia.org/index.php/revista/article/download/63/60>

26 PINTO, Bismarck. “ *Emoción, cognición y relaciones interpersonales en la psicopatía primaria de Lykken*” .*Ajayu* 2003, vol.1, n.1, pp. 95-114. Disponible en: [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S207721612003000100006&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S207721612003000100006&lng=es&nrm=iso). ISSN 2077-2161.

27 HERRERO, O.; ORDÓÑEZ, F. Adolescencia y comportamiento antisocial. Universidad Autónoma de Madrid, 2002, *Psicothema*, Vol. 14, nº 2, ISSN,0214, disponible: <http://www.psicothema.com/pdf/729.pdf>

28 ALCALDE REQUEJO, Sara. Disponible en:

[http://www.academia.edu/9942488/TEORIAS\\_INTEGRADORAS\\_DELINCUENCIA\\_JUVENIL](http://www.academia.edu/9942488/TEORIAS_INTEGRADORAS_DELINCUENCIA_JUVENIL)

29 FARIÑAS Francisca. ARCE, Ramón. “*Menores infractores: un estudio de los factores de riesgo*”. Disponible en <http://apj.elsevier.es/es/item-herramientas/rif/>

30 VAZQUEZ GONZALEZ Carlos (2003), “*Delincuencia juvenil. Consideraciones penales y criminológicas*”, Colex, págs. 44 , Madrid, ISBN: 84-7879-770-X, 2003

31 URBINA TORTOLERO, Eladio R “*Teorías criminológicas que intentan explicar la delincuencia en la sociedad*.” Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos89/teorias-criminologicas-delincuencia-sociedad/teorias-criminologicas-delincuencia-sociedad2.shtml>

32 VAZQUEZ GONZALEZ Carlos (2003), “*Delincuencia juvenil. Consideraciones penales y criminológicas*”, Colex, págs. 44 , Madrid, ISBN: 84-7879-770-X, 2003

33 BAYON, Carmen (2006). “*Modelo psicobiológico de personalidad de Cloninger. Aproximación integradora a los trastornos de personalidad y procesos psicoterapéuticos*”. Psiquiatría.com. Disponible en: <https://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psiquiatriacom/article/viewFile/276/261>

34 GONZÁLEZ GUERRERO, Laura . (2012). *Trastornos de la personalidad: Influencia sobre la conducta delictiva y repercusiones forenses en la jurisdicción penal*. Universidad Complutense de Madrid, Servicio de Publicaciones. Disponible en: <http://eprints.ucm.es/14431/>

35 GONZÁLEZ GUERRERO, Laura . (2012). *Trastornos de la personalidad: Influencia sobre la conducta delictiva y repercusiones forenses en la jurisdicción penal*. Universidad Complutense de Madrid, Servicio de Publicaciones. Disponible en: <http://eprints.ucm.es/14431/>

36 SZYF, M., y BICK, J. (2013). DNA methylation: A mechanism for embedding early life experiences in the genome. *Child Development*, 84,49-57

- 37 GONZÁLEZ GUERRERO, Laura . (2012). *Trastornos de la personalidad: Influencia sobre la conducta delictiva y repercusiones forenses en la jurisdicción penal*. Universidad Complutense de Madrid, Servicio de Publicaciones. Disponible en: <http://eprints.ucm.es/14431/>
- 38 GONZÁLEZ GUERRERO, Laura . (2012). *Trastornos de la personalidad: Influencia sobre la conducta delictiva y repercusiones forenses en la jurisdicción penal*. Universidad Complutense de Madrid, Servicio de Publicaciones. Disponible en: <http://eprints.ucm.es/14431/>
- 39 CALVO, Natalia; NASILLO, Viviana; MARC Ferrer. “Estudio de prevalencias de trastornos de personalidad en una muestra de presos con trastornos por uso de sustancias usando el autoinforme PDQ-4+”. Disponible en <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/18/103/ESP/18-103-ESP-178-82-306341.pdf>
- 40 LORENZO GARCIA, F. MARTÍN-FUMADO, C. Revista Española de Medicina legal. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-medicina-legal-285-articulo-trastornos-personalidad-jurisprudencia-espanola-S0377473215000681?referer=buscador>
- 41 LORENZO GARCIA, F. MARTÍN-FUMADO, C. Revista Española de Medicina legal. <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-medicina-legal-285-articulo-trastornos-personalidad-jurisprudencia-espanola-S0377473215000681?referer=buscador>
- 42 ZABALA BAÑOS, Maria Carmen. “Prevalencia de trastornos mentales en prisión: análisis de la relación con delitos y reincidencia. Madrid. 2016. Disponible en: <http://eprints.ucm.es/35879/1/T36874.pdf>
- 43 RETOLAZA BELSATEGUI, Ander. “Trastornos mentales comunes. Manual de orientación. ”. Disponible <http://www.osalde.org/drupal-5.1/files/Documentos/Trastornos-Mentales-Comunes-Manual-de-Orientacion.pdf>
- 44 GABILONDO CUELLAR, Andrea. “Epidemiología del episodio depresivo mayor. Estudio descriptivo y análisis de resultados en el contexto europeo”. Proyecto ESEMED- ESPAÑA Disponible en : <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/77785/tagc.pdf?sequence=1>

- 45 ZABALA BAÑOS, Maria Carmen. *“Prevalencia de trastornos mentales en prisión: análisis de la relación con delitos y reincidencia.”* Madrid. 2016. Disponible en: <http://eprints.ucm.es/35879/1/T36874.pdf>
- 46 ZABALA BAÑOS, Maria Carmen. *“Prevalencia de trastornos mentales en prisión: análisis de la relación con delitos y reincidencia.”* Madrid. 2016. Disponible en: <http://eprints.ucm.es/35879/1/T36874.pdf>
- 47 ZABALA BAÑOS, Maria Carmen. *“Prevalencia de trastornos mentales en prisión: análisis de la relación con delitos y reincidencia.”* Madrid. 2016. Disponible en: <http://eprints.ucm.es/35879/1/T36874.pdf>
- 48 GONZÁLEZ GUERRERO, Laura . (2012). *Trastornos de la personalidad: Influencia sobre la conducta delictiva y repercusiones forenses en la jurisdicción penal.* Universidad Complutense de Madrid, Servicio de Publicaciones. Disponible en: <http://eprints.ucm.es/14431/>
- 49 GONZÁLEZ GUERRERO, Laura . (2012). *Trastornos de la personalidad: Influencia sobre la conducta delictiva y repercusiones forenses en la jurisdicción penal.* Universidad Complutense de Madrid, Servicio de Publicaciones. Disponible en: <http://eprints.ucm.es/14431/>
- 50 GRUPO PRECA. *“Informe prevalencia de trastornos mentales en centros penitenciarios españoles. Estudio PRECA”.* Barcelona 2011. Disponible en <https://consaludmental.org/publicaciones/EstudioPRECA.pdf>
- 51 UNIVERSIDAD DE CADIZ, 2016. *“Introducción al Derecho Penal, tema 10 Las medidas de seguridad”* ,(sitio web) Cádiz. (consulta 29 mayo 2017).Disponible en\_ <https://ocw.uca.es/mod/book/view.php?id=1280>
- 52 UNIVERSIDAD DE CADIZ, 2016. *“Introducción al Derecho Penal, tema 10 Las medidas de seguridad”* ,(sitio web) Cádiz. (consulta 29 mayo 2017).Disponible en\_ <https://ocw.uca.es/mod/book/view.php?id=1280>
- 53 MINISTERIO DEL INTERIOR 2015. Secretaria General de Instituciones Penitenciarias. (sitio web). Madrid. (Consulta el 29 de mayo 2017). Disponible en : <http://www.interior.gob.es/web/archivos-y-documentacion/instituciones-penitenciarias2>

54 MINISTERIO DEL INTERIOR 2015. Secretaria General de Instituciones Penitenciarias. (sitio web). Madrid. (Consulta el 29 de mayo 2017). Disponible en :

<http://www.interior.gob.es/web/archivos-y-documentacion/instituciones-penitenciarias2>

55 MINISTERIO DEL INTERIOR 2015. Secretaria General de Instituciones Penitenciarias. (sitio web). Madrid. (Consulta el 29 de mayo 2017). Disponible en :

<http://www.interior.gob.es/web/archivos-y-documentacion/instituciones-penitenciarias2>

56 BARTOLOMÉ SANZ, María J.; ROCA POVEDA, Manuel. Intervención *penitenciaria con discapacitados intelectuales*. 2009. Disponible en

[http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/publicaciones/Intervencion\\_Discapacitados\\_Segovia\\_accesible.pdf](http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/publicaciones/Intervencion_Discapacitados_Segovia_accesible.pdf)

57 BARTOLOMÉ SANZ, María J.; ROCA POVEDA, Manuel. Intervención *penitenciaria con discapacitados intelectuales*. 2009. Disponible en

[http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/publicaciones/Intervencion\\_Discapacitados\\_Segovia\\_accesible.pdf](http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/publicaciones/Intervencion_Discapacitados_Segovia_accesible.pdf)

58 BARTOLOMÉ SANZ, María J.; ROCA POVEDA, Manuel. Intervención *penitenciaria con discapacitados intelectuales*. 2009. Disponible en

[http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/publicaciones/Intervencion\\_Discapacitados\\_Segovia\\_accesible.pdf](http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/publicaciones/Intervencion_Discapacitados_Segovia_accesible.pdf)

59 BARTOLOMÉ SANZ, María J.; ROCA POVEDA, Manuel. Intervención *penitenciaria con discapacitados intelectuales*. 2009. Disponible en

[http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/publicaciones/Intervencion\\_Discapacitados\\_Segovia\\_accesible.pdf](http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/publicaciones/Intervencion_Discapacitados_Segovia_accesible.pdf)