UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA - FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

MAESTRÍA EN SALUD MENTAL

COHORTE 2012 – 2014

Tesis de maestría

"FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA REINCIDENCIA DELICTIVA EN LA ÚLTIMA ETAPA DE LA EJECUCIÓN DE LA PENA"

Autora: Lic. M. Cecilia Perrone

Directora: Dra. Karin Arbach

Córdoba – Argentina

2015

ÍNDICE DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN 1
1.1. Violencia y salud mental: la situación en Latinoamérica y Argentina 1
1. 2. Teorías explicativas de la delincuencia: de los modelos clásicos a los integradores 4
1.3. La ejecución de la pena privativa de libertad en la República Argentina 7
1.4. Predicción de la violencia 11
1.5. Riesgo de violencia 18
1.6. HCR-20: Construcción y utilización del instrumento 23
1.7. Trastornos de personalidad 28
1.7.1. Entrevista semiestructurada IPDE 36
1.8. Objetivos de la investigación 38
2. MATERIALES Y MÉTODOS 39
2.1. Enfoque, tipo de estudio y diseño 39
2.2. Participantes 39
2.3. Instrumentos 40
2.4. Procedimiento de recolección 42
2.5. Análisis de datos 43
3. RESULTADOS 44
3.1. Datos sociodemográficos e información general de la muestra 44
3.2. Factores de riesgos históricos, clínicos y de gestión de riesgo 47
3.3. Prevalencia de trastornos de personalidad 49
3.4. Relación entre los factores de riesgo y las tipologías delictivas 53
3.5. Nivel de riesgo de reincidencia 54
4. DISCUSIÓN 55
4.1. Conformación de la muestra y datos sociodemográficos 55
4.2. Prevalencia de factores de riesgos históricos, clínicos y de gestión del riesgo 57
4.3. Trastornos de personalidad que aparecen con mayor frecuencia 67
4.4. Factores de riesgo presentes y tipologías delictivas 70
4.5. Riesgo de reincidencia 71
4.6. Limitaciones del estudio 73
5. CONCLUSIONES 74
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 77
ANEXOS

RESUMEN

La violencia es un problema social que resulta de innegable actualidad y que preocupa de manera creciente en nuestro país y en toda América Latina generando graves consecuencias subjetivas y sobre la calidad de vida de las personas. La OMS indica que la violencia a menudo puede prevenirse y predecirse, considerando ciertos factores que han demostrado tener valor predictivo sobre esta conducta.

El presente estudio explora los factores de riesgo asociados a la aparición de conductas violentas en una población de personas que gozan de libertades anticipadas, egresados de instituciones penitenciarias de toda la provincia de Córdoba y que se encuentran cumpliendo la última etapa de la ejecución de su condena en libertad. El mencionado objetivo se llevó a cabo por medio de un estudio empírico, de metodología cuantitativa y utilizando un diseño descriptivo transversal. Los participantes del estudio fueron un total de 100 hombres adultos de sexo masculino que fueron condenados por delitos tipificados en el Código Penal vigente y se encontraban al momento de la evaluación en libertad condicional u otro tipo de libertad anticipada

Para la evaluación de los factores de riesgo se completó el HCR 20 versión 3, mediante una entrevista semi estructurada y la consulta de registros institucionales. Para la tipificación de los trastornos de personalidad se utilizó la versión de cribado del IPDE, entrevista y consulta de informes provenientes de los centros de detención.

De los factores de riesgo evaluados aquellos referidos a la historia de los sujetos tales como maltrato y/o negligencia infantil, deserción escolar, consumo de drogas a edades tempranas y problemas vinculados con el empleo representan problemas altamente prevalentes en esta población. Los factores de riesgo ambientales, tales como contextos barriales inseguros, problemática de tráfico y consumo de drogas en los lugares donde residen los individuos y problemas en las condiciones de vida aparecen también con una alta prevalencia. Asimismo los trastornos de personalidad de aparición más frecuente según la versión de cribado del IPDE fueron el evitativo, histriónico y obsesivo compulsivo. Se concluye además que los participantes de este estudio presentan un riesgo de moderado a alto de incurrir en nuevas conductas violentas.

Los resultados obtenidos en las escalas de factores de riesgo fueron comparados con muestras de otros contextos demostrando ser similares en prevalencia. Se discuten estos resultados y se establecen posibles aplicaciones de estas herramientas tanto en la toma de decisiones de los profesionales que intervienen en estas problemáticas como desde el

planteamiento direccional adecuado de las políticas públicas que favorezcan los procesos de retorno a la sociedad de este grupo particular de personas.

PALABRAS CLAVES

Factores de riesgo; Reincidencia delictiva; HCR-20 Versión 3; Trastornos de personalidad; Estudio transversal

ABSTRACT

Violence is a social problem that is now undeniable and increasingly concern in our country and throughout Latin America causing serious subjective consequences and on the quality of life of people. WHO suggests that violence can often be prevented and predicted, considering certain factors that have shown predictive value on this behavior.

This study explores the risk factors associated with the occurrence of violent behavior in a population of people granted early release, graduates of penal institutions from all over the province of Córdoba who are serving the last stage of the execution of his sentence at liberty. The above objective was conducted through an empirical study of quantitative methodology using a cross-sectional study and descriptive design. Study participants were a total of 100 adult male who were convicted of offenses under the existing Criminal Code and were at the time of evaluation on parole or other early release.

For the evaluation of risk factors the HCR 20 version 3 was completed by a semi-structured interview and consultation of institutional records. To typify the personality disorders were used the IPDE screening version, interviewing and consulting reports coming from detention centers.

Regarding risk factors evaluated those related to the history of the subjects such as abuse and/or child neglect, school dropout, drug use at an early age and employment related problems represent highly prevalent problems in this population. Environmental risk factors such as unsafe neighborhood contexts, problems related to drug trafficking and consumption in places where individuals reside and living conditions issues also appear with a high prevalence risk. Likewise, the personality disorders of most frequent appearance according to IPDE screening version were the avoidant, histrionic, and obsessive-compulsive ones. It further concludes that the participants of this study show a risk from moderate to high of incurring in new violent behaviors.

The results obtained on the scales of risk factors were compared to other contexts samples proving to be similar in prevalence. These results are discussed and possible

applications of these tools are established either in the decision making of the professionals involved in these issues as in the right directional approach to public policies favoring the return processes to life in society of this particular group of people.

KEY WORDS

Risk factors; Recidivism; HCR-20 Version 3; Personality disorders; Cross-sectional study

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Violencia y salud mental: la situación en Latinoamérica y Argentina

Desde principios de los años ochenta, el campo de la salud pública ha pasado a ser un recurso valioso en la respuesta a la violencia, una amplia gama de profesionales e investigadores han procurado comprender las raíces de la violencia y de esta manera contribuir a prevenir el surgimiento de este tipo de comportamientos. Gracias al desarrollo científico que se logró por medio de estas investigaciones es que se conoce más detalladamente el fenómeno y podemos afirmar que es posible modificar los factores que contribuyen a producir respuestas violentas. Algunos de ellos dependientes del comportamiento individual de los sujetos otros relacionados con situaciones sociales, económicas, políticas y culturales más amplias.

En 1996 la 49a Asamblea Mundial de la Salud [1] declaró a la violencia como un problema de salud pública creciente en todo el mundo, reconociendo las graves consecuencias tanto inmediatas como futuras que trae aparejada la violencia para la salud y para el desarrollo psicológico y social de los individuos, las familias, las comunidades y los países. Además se recalcaron los efectos perjudiciales de la violencia en los servicios de atención de salud.

En respuesta a esto es que la OMS elabora el Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud [2]. La meta de dicho informe es aumentar la conciencia acerca del problema de la violencia en el mundo, y dejar claro que puede prevenirse poniendo de manifiesto que uno de los cometidos fundamentales de la salud pública es abordar sus causas y consecuencias. En dicho informe se hace referencia a los distintos tipos de violencia, clasificando a la misma en tres categorías: autodirigida, interpersonal y colectiva. Asimismo se afirma que la violencia es una de las principales causas de muerte en todo el mundo para la población de 15 a 44 años de edad.

Existen muchas maneras posibles de definir la violencia. En el presente trabajo se adhiere a la definición adoptada por la Organización Mundial de la Salud que la define como*: "El uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones"* [2.]

Entendemos que ningún factor por sí mismo explica por qué algunos individuos tienen comportamientos violentos hacia otros o por qué la violencia es más prevalente en algunas comunidades que en otras ya que la violencia es el resultado de la acción recíproca

y compleja de factores individuales, relacionales, sociales, culturales y ambientales. Comprender la forma en que estos factores se relacionan entre sí e interactúan en nuestros contextos de intervención particular y cómo se vinculan con la violencia es uno de los pasos importantes en el enfoque de salud pública para prevenir la violencia [2].

Según refiere el Informe Regional de Desarrollo Humano [3], el flanco débil de América Latina es la violencia, el crimen y la inseguridad. En este informe se afirma que en la última década la región ha sufrido una "epidemia de violencia", acompañada por el crecimiento y difusión de los delitos, así como por el aumento del temor entre los ciudadanos. Entre 2000 y 2010 la tasa de homicidios de la región creció 11% mientras que en la mayoría de las regiones del mundo descendió o se estabilizó. Se resalta además que los Estados de la región muestran grandes déficits de capacidades en materia de justicia y seguridad, esto se refleja en índices de impunidad alarmantes, la crisis que atraviesan sus sistemas carcelarios y en la desconfianza de la ciudadanía hacia las instituciones de justicia y la policía. A la luz de estos déficits, la privatización de la seguridad ha ido ganando fuerza, lo cual tiende a profundizar la desigualdad en el acceso a la seguridad y deja sin resolver los retos que atraviesa el Estado como principal garante de la seguridad ciudadana. Paralelamente a este fenómeno se observa que los vínculos comunitarios como la familia, la escuela y la comunidad han perdido fuerza en algunos contextos como tensores sociales que permiten cooperación y convivencia positiva, propiciando, en algunos casos, formas de organización distorsionadas por el temor y la desconfianza. Se observa entonces el surgimiento de fenómenos como la llamada "justicia por mano propia" y el apoyo a las políticas de "mano dura". En este contexto, el delito y la violencia constituyen obstáculos graves para el desarrollo pleno de América Latina como región y de los países que la integran, siendo señalados por sus habitantes como problemas prioritarios en las encuestas de opinión pública y resultando constantes las demandas a los poderes públicos.

La explicación de las causas de la violencia no resulta fácil ya que se trata de un fenómeno complejo que se ve influido por múltiples factores tales como las situaciones socio económicas de los países, el crecimiento urbano acelerado y desordenado, los considerados facilitadores del delito como el consumo de alcohol y drogas, etc [2].

En el presente trabajo se adhiere a la concepción de que los impactos de la inseguridad en el desarrollo humano no pueden abordarse desde una perspectiva lineal de causa-efecto y que su análisis requiere un enfoque que reconozca la heterogeneidad tanto de las causas y como de los efectos, así como las conexiones que existen entre estos impactos. Asimismo se considera que las amenazas que afectan a los individuos no sólo tienen consecuencias para ellos sino también para la sociedad en su conjunto, de la misma

manera que lo que ocurre en los espacios colectivos tales como comunidades e instituciones también tiene implicancias para los ciudadanos en particular.

En el plano individual y en relación a las consecuencias de la violencia sobre la salud mental de las poblaciones, la idea de que la misma puede dejar secuelas psicológicas es sostenida con frecuencia en diversos estudios [4]. Actualmente sabemos que es probable que una persona que haya sido víctima de un acto de violencia física limite su libertad de movimiento y experimente problemas de salud, como ansiedad, depresión o comportamiento suicida [2]. Sin embargo, esta es una línea de investigación que los profesionales involucrados en esta problemática deberemos continuar profundizando. En este sentido se considera que las disciplinas cuyo objeto de estudio se vincula con la salud mental, deberán dirigir sus esfuerzos a la explicación tanto de las causas como de las consecuencias de la violencia, así como al estudio de los dos elementos que intervienen en el fenómeno violento: los agresores y las víctimas.

Es importante destacar que actos delictivos y actos violentos deben entenderse como categorías analíticas distintas, dado que no todo delito es violento ni todo acto de violencia es tipificado como delito en las leyes. En el presente trabajo se repara específicamente en los actos delictivos debidamente tipificados en las leyes y directamente observables como manifestaciones conductuales violentas. La mirada está dirigida a los factores de riesgo que, según la investigación previa, se encuentran relacionados con la aparición de conductas violentas en un grupo de sujetos previamente condenados e institucionalizados por algún tipo de delito, es decir en quienes ya haya surgido en el pasado una manifestación conductual violenta.

1. 2. Teorías explicativas de la delincuencia: de los modelos clásicos a los integradores

A lo largo de la historia del conocimiento científico se han dado diferentes explicaciones sobre porqué algunos hombres, asociados en una comunidad determinada donde rige una determinada norma, rompen esa convivencia mediante la concreción de un delito. Casi todos los pensadores y filósofos han prestado atención a esta parte moral y política de la vida humana y se han formulados diversas propuestas para solucionar el problema de la ocurrencia de delitos. La mayoría de ellas han consistido en recomendar castigo de los infractores mediante penas diversas. Los diferentes paradigmas y teorías criminológicas por los cuales fue transitando la criminología en el transcurso de la historia, fueron también productos sociales del tiempo en que fueron formulados, reflejando las inquietudes y los problemas sociales existentes en un determinado momento así como las soluciones que se consideran más efectivas y factibles para solucionarlos. Estos castigos fueron evolucionando desde la propia muerte y los castigos corporales hasta la privación de la libertad. Más recientemente se ha intentado encontrar penas alternativas a las clásicas, tales como las medidas sociales y educativas para prevenir la delincuencia [5].

En criminología existe una gran dispersión de explicaciones teóricas. Desde la escuela clásica hasta nuestros días, hallamos una sucesión de propuestas y explicaciones diversas sobre la conducta delictiva. Algunas de estas perspectivas inciden en el libre albedrío humano como base de la delincuencia, otras en la importancia de los factores biológicos, otras realzan el papel de ciertos aspectos psicológicos como la inteligencia o la personalidad, mientras que la mayoría abundan en diversos factores sociales como explicación de la génesis de la delincuencia.

Siguiendo a Garrido, Stangeland y Redondo [5] observamos que a la hora de presentar las teorías criminológicas los manuales las agrupan de diferentes maneras, sin embargo el modo más frecuente de estructurarlas es la división entre teorías biológicas, psicológicas y sociológicas. En estas teorías a menudo la explicación que se ofrece de la delincuencia se orienta a la sobre dimensión de una variable en detrimento de otras, lo cual lleva implícito que el valor de las mismas sea relativo. Estos autores proponen clasificar las diferentes vertientes teóricas de la siguiente manera:

- *El delito como elección:* se enmarcan algunas teorías más antiguas como las de la escuela clásica, iniciada por Beccaria y una serie de formulaciones teóricas modernas como la teoría económica del delito y la teoría de las actividades rutinarias. Los presupuestos de partida de esta serie de teorías son la racionalidad humana y la

“tendencia al placer” como la base de la delincuencia. Su explicación de la delincuencia es la existencia de una decisión racional de delinquir según la cual valorarían las circunstancias del costo y beneficio que le comporta su conducta. Consecuentemente con estas concepciones la sociedad debe disponer normas y sanciones penales que contrarresten esta inclinación al propio beneficio.

- *Las influencias sociales:* consisten en aquellas perspectivas que realzan el papel de las influencias sociales que pueden derivar en patología social y situaciones de anomia. Los autores que forman parte de este grupo de teorías proponen que la delincuencia es el resultado de la estructura y el funcionamiento social y, especialmente, de los desequilibrios existentes entre los objetivos sociales y los medios legítimos disponibles para su obtención. La discrepancia entre estos objetivos y los medios para su obtención genera una tensión en los individuos que puede traducirse en reacciones de malestar social. Como resultado de la puja de estas tensiones sumado a la ausencia de controles sociales para su contención, algunos individuos cometerían actos delictivos como forma de encarar dicho conflicto.
- *Las predisposiciones agresivas:* integrado por los análisis de las predisposiciones agresivas herederos de la línea de investigación iniciada por Lombrosso. Este grupo de teorías concibe la agresión como una tendencia adaptativa de los seres humanos a su entorno físico y social. Estas tendencias agresivas serían el resultado de la selección natural operada a lo largo de la evolución de las especies. Según ello la agresión cumpliría un papel adaptativo mejorando la supervivencia frente a las dificultades ambientales. Sin embargo algunos individuos podrían excederse en sus manifestaciones agresivas, ya sea por razones biológicas o ambientales y podrían acabar delinquiendo.
- *Las diferencias individuales:* este sector teórico propone que los sujetos difieren entre sí en una serie de características personales relacionadas con la edad, el sexo, la inteligencia y la personalidad. Todos estos factores pueden jugar un papel decisivo en su influencia en la conducta delictiva. La variable edad aparece claramente relacionada con el desarrollo y la evolución de las carreras criminales. Respecto al sexo los varones delinquen más que las mujeres. También la investigación demuestra que muchos delincuentes muestran un déficit en su inteligencia social o interpersonal. Algunas teorías psicológicas han planteado la existencia de ciertos rasgos de personalidad vinculados al comportamiento delictivo, entre ellas se incluye la teoría psicoanalítica.

- *El aprendizaje de la delincuencia:* enmarcan distintos modelos de conducta como el condicionamiento clásico o por asociación de estímulos, el condicionamiento operante o aprendizaje mediante las recompensas que siguen al comportamiento y el aprendizaje o mediante la imitación de modelos, se incluyen en esta perspectiva las teorías criminológicas del aprendizaje. Su perspectiva fundamental es que la conducta delictiva es, al igual que el resto de la conducta humana, aprendida.
- *La reacción y el conflicto social:* es un nuevo paradigma que surge a finales de los años setenta y sostiene que las leyes no son el resultado del consenso social entre el conjunto de los ciudadanos, es decir la sociedad crea normas que coinciden con comportamientos característicos de los grupos más desvalidos de la sociedad y generan el etiquetamiento de ciertos individuos. De esta manera las leyes y la reacción social frente al comportamiento de este grupo de individuos, que son los más débiles de la sociedad son, en realidad, las que definen y crean la delincuencia. Por lo tanto el foco de atención de estas perspectivas serán los procesos de creación de leyes y las reacciones sociales que siguen a ciertos comportamientos.
- *Teorías integradoras:* Las formulaciones teóricas más modernas a la hora de explicar el fenómeno delictivo en general interrelacionan elementos, tanto de carácter bio-psicológico como social. La carencia de eficacia preventiva y de tratamiento de estos modelos, motivada fundamentalmente por el excesivo reduccionismo explicativo, dio lugar a la propuesta de hipótesis teóricas integradoras. Actualmente la mayoría de las teorías criminológicas se ubican en este nuevo paradigma que podríamos denominar de interacción. El enfoque de factores de riesgo, que es el utilizado en el presente estudio, se ubica dentro de esta línea.

Dentro de estas teorías más modernas podemos distinguir tres subgrupos: teorías multifactoriales, que toman en consideración la influencia de diversos elementos sociales, personales y económicos; las teorías de los rasgos latentes, que consideran que algunos individuos poseen ciertas características personales que los posiciona frente a un mayor riesgo de cometer delitos y las teorías de las etapas vitales, que plantean que del mismo modos que los sujetos evolucionan a lo largo de su vida también cambian paralelamente los factores que influyen sobre su conducta delictiva.

1.3. La ejecución de la pena privativa de libertad en la República Argentina

La pena privativa de la libertad, como su nombre lo indica, priva al sujeto de su libertad, recluyéndolo en un establecimiento penal y sometiéndolo a un régimen especial de vida, y por lo común, a la obligación de trabajar. En un sentido jurídico podemos decir que la pena es un mal consistente en la pérdida de bienes como retribución por haber violado el deber de no cometer un delito. Siguiendo a Núñez [6], decimos que este mal consiste en la pérdida de un bien del delincuente que se traduce en un mal por significar la privación a la persona de algo de lo que ha gozado e imponerle una carga personal que no tenía la obligación de soportar.

La determinación de la sanción que ha de aplicarse al que ha cometido un delito es un proceso de concreción que se inicia en la ley y concluye con la ejecución de la pena impuesta. En este proceso la fase más importante es, sin duda, la que se ha convenido en llamar, individuación judicial, pero no se deben olvidar otros dos tipos de individuación: la individualización legal, que la precede y se manifiesta en la ley penal, la cual establece, con carácter general y abstracto la pena correspondiente a cada una de las infracciones; la individuación penitenciaria, que la sigue y consiste en la determinación del régimen más adecuado a que debe ser sometido el recluso con vistas a obtener, sin riesgo de reincidencia, su retorno a la sociedad. Debemos tener presente además, la doble finalidad de la pena: por un lado la readaptación social de la persona que ha delinquido, evitando de ese modo su recaída en el delito, esto es lo que se entiende como coacción penal, denominado también prevención especial. Por otra parte, la pena tiene la finalidad general de que no se delinca, esta finalidad funciona como una suerte de prevención destinada a los restantes miembros de la sociedad y se denomina prevención general [6].

La Ley de ejecución de la pena privativa de la libertad (Ley 24.660) establece en su artículo 1º que: *"La ejecución de la pena privativa de libertad, en todas sus modalidades tiene por finalidad lograr que el condenado adquiera la capacidad de comprender y respetar la ley procurando su adecuada reinserción social, promoviendo la comprensión y el apoyo de la sociedad. El régimen penitenciario deberá utilizar de acuerdo con las circunstancias de cada caso, todos los medios de tratamiento interdisciplinario que resulten apropiados para la finalidad enunciada".*

De acuerdo a una investigación publicada por la Procuración penitenciaria de la Nación Argentina [7] la población carcelaria mundial total en 2013 es de 10.179.752 presos, lo que significa una tasa de encarcelamiento mundial de 144 presos por cada 100.000

habitantes, entre cuatro países, Estados Unidos, China, Rusia y Brasil reúnen el 50% del total de personas privadas de libertad en el mundo. Según la estadística oficial publicada anualmente por el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación sobre población penitenciaria 2013 [8], en Argentina la cantidad de presos, contando solo los detenidos en ámbitos penitenciarios, creció de 29.690 presos en 1997 a 64.288 a fines de 2013 multiplicándose 2,16 veces la cantidad total de detenidos en 16 años. Para 2013 la tasa informada es de 152 por cada 100.000 habitantes. En una comparativa acerca de la población penitenciaria occidental, sobre un total de 32 países, Argentina se encuentra en el puesto 17. Si se contabilizan las personas detenidas en comisarías los presos en 2013 ascienden a 69.706 y representan una tasa de 165 personas cada 100.000 habitantes, esta cifra no incluye menores de edad detenidos, ni clínicas psiquiátricas. En 21 años se ha triplicado la población encarcelada en unidades penitenciarias. Esta tasa, de 165 detenidos, pone a Argentina por sobre la tasa mundial aunque por debajo de la mayoría de los países de la región.

En la ciudad de Córdoba según los datos informados en SNEEP [9] existían en el año 2013 un total de 6.977 de detenidos de los cuales 2.979 son condenados y 3.998 son detenidos en calidad de procesados. Uno de los lazos que vinculan a la cárcel con la comunidad, en Argentina, es el instituto de la "libertad condicional", es decir, el período que pasan las personas condenadas habiendo cumplido los dos tercios del tiempo establecido por la sentencia, es una libertad a prueba para llegar, si se logra, a agotar la condena fuera de la cárcel [10]. Este es el particular período que concentrará nuestro interés en la presente investigación.

Diversas investigaciones en nuestro país [10] [11] [12] advierten que aquellos individuos que atravesaron la experiencia de la prisión, al salir en libertad, se encuentran, a menudo, con serias dificultades para la reinserción social. Esta situación se encuentra vinculada además con las condiciones actuales en las cuales se lleva a cabo la estancia en prisión de los condenados en nuestro contexto, que no ofrece las herramientas necesarias para afrontar la inminente libertad del interno, tal como fuera expuesto en el informe publicado en el año 2013, Mirar tras los Muros: Situación de los Derechos Humanos de las personas privadas de libertad en Córdoba [13]. Tal como es observado en la práctica, la sociedad, incluso sus propias familias, a causa del estigma que implica haber estado en prisión, le han vuelto la espalda a los liberados, lo que ha generado importantes obstáculos para que éstos rehagan su vida una vez que recuperan su libertad.

De esta manera, se observa que las dificultades para la reinserción social han conducido en algunos casos liberados a reincidir en el delito. Para superar este círculo

perverso de liberación-ausencia de oportunidades reincidencia en el delito, en los siglos XIX y XX, los criminólogos procuraron diseñar ciertos dispositivos para lograr la reinserción en la sociedad de aquellos individuos que habían delinquido, medidas éstas que se concibieron como una manera de defender el cuerpo social de los elevados índices de criminalidad que asolaban a las nacientes ciudades industriales. Es por ello que, tanto en Europa como en América del Norte y del Sur, empezaron a conformarse sociedades de patronatos para liberados y excarcelados de las prisiones. Con diferentes denominaciones y formas de organización, apoyados en mayor o menor medida por las administraciones estatales y con una dispar participación de la sociedad civil, los patronatos procuraron atender a tres fines: a) operar como un complemento de la reforma iniciada en la prisión; b) evitar la reincidencia de los liberados en el delito, a fin de reducir los índices de criminalidad y c) reinsertar socialmente al egresado de la prisión [12].

Según establece la ley 24.660 el período extramuros es una continuación del cumplimiento de la pena, pero su seguimiento se ha adjudicado a instituciones independientes del sistema penal/penitenciario. Debido a esto es que cualquier infracción de los requisitos que se deben cumplir, tales como fijar domicilio, tener trabajo en regla, no salir de noche, abstenerse del consumo de drogas y alcohol o asistir a programas contra las adicciones, es causal para retornar a la cárcel y completar allí la condena.

Pese a la gran importancia que recae en esta etapa de tránsito hacia la libertad definitiva en las últimas tres décadas, en buena medida gracias al aporte de Foucault, la historiografía hispanoamericana ha experimentado un creciente interés por el estudio de la delincuencia, el castigo aplicado por el Estado y las instituciones de control social, entre otros tópicos. Sin embargo, es notoria la ausencia de un corpus bibliográfico que analice las instituciones de reinserción social de los liberados y excarcelados de las cárceles. Los especialistas se han concentrado en la esfera penitenciaria, esto es, en lo que ocurre dentro de la prisión, por el contrario, el universo post-penitenciario casi no ha suscitado interés entre los estudiosos de nuestro país.

El período de libertad condicional se ha definido como caótico. La liberación es una situación que marca un corte radical con la racionalidad carcelaria y obliga al ahora ex preso a reorganizarse sin tener medios para hacerlo. La rutina operacional de la cárcel y la nulidad de opciones deja profundas huellas desfavorables en la identidad individual y social de las personas. Deben acarrear el estigma de ser ex preso que tiene fuertes connotaciones referidas a la peligrosidad, consumo de drogas y alcohol, uso de armas, lo que en general genera un rechazo en el resto de la sociedad. Si bien el regreso, según la propia ley, ya se inicia en la cárcel, en general no se tiene claro que la mayoría de las

condenas, tarde o temprano, se agotan y las personas retornan a la vida en libertad. Hay autores que sugieren que la carrera criminal y su eventual continuidad no son necesariamente “elegidas” sino que podrían ser el resultado del encarcelamiento, y la vuelta a la cárcel una consecuencia de los problemas estructurales experimentados por los presos que son liberados [10].

1.4. Predicción de la violencia

En este apartado se realizará una breve descripción de los principales antecedentes de investigación en el mundo acerca de la predicción de la violencia.

Primera generación de estudios

Hasta mediados de los años sesenta se dirigió poca atención a preguntarse qué tan precisamente los profesionales de la salud mental podrían predecir la violencia futura en personas con trastorno mental [14]. Un hito importante se produce en el año 1966 en Estados Unidos a partir del fallo en el caso Baxstrom vs. Herald. Al finalizar su condena por un delito violento el Sr. Baxstrom, que padecía una enfermedad mental, fue transferido de una prisión a un hospital forense. El condenado apeló está extensión de la privación de su libertad ante la ausencia de una valoración sobre su peligrosidad futura que la justificara. La Corte Suprema de Estados Unidos dictaminó que tal omisión violaba su derecho constitucional a un proceso legal, es así como, conjuntamente con otros pacientes fue evaluado por orden judicial. Como resultado de la medida, el Sr. Baxstrom y otros 967 pacientes ingresados por su presunta peligrosidad en instituciones de máxima seguridad regresaron a la comunidad o fueron transferidos a hospitales de baja seguridad. Los investigadores Steadman y Cocozza [15] siguieron a este grupo de pacientes, conocidos como pacientes Baxtrom, durante 4 años para determinar la precisión de las predicciones. En 1974 fueron publicados los resultados del estudio que demostraban que los psiquiatras producían un alto índice de falsos positivos en sus predicciones, ya que sólo el 20% de los pacientes externados fue arrestado nuevamente durante el seguimiento, la mayoría a causa de delitos leves, tales como intoxicación o vagabundeo. A raíz de la baja reincidencia reportada los autores concluyeron que, aun con herramientas de predicción adecuadas, en aquel momento era imposible determinar quienes se comportarían de manera peligrosa.

Una década después, y tras una serie de estudios publicados con hallazgos similares a los de Steadman y Cocozza, ocurrió el renombrado “caso Tarasoff” (Tarasoff vs Representantes de la Universidad de California, 1976) a partir del cual la responsabilidad de evaluar y comunicar sobre el riesgo de violencia de los pacientes pasó a ser una obligación ética en el ejercicio profesional de los psicólogos. Un médico psiquiatra fue querellado por los padres de Tatiana Tarasoff, una joven asesinada por un paciente de aquel y a quien había confiado sus intenciones para con una compañera universitaria con quien había tenido un desaire amoroso. El estudiante, que estaba bajo tratamiento psiquiátrico a cargo del doctor Moore, le reveló su intención de matar a Tatiana. El psiquiatra advirtió a la policía del campus del propósito de su paciente y fue detenido,

aunque poco después fue dejado en libertad atendiendo a su "apariencia de normalidad". El psiquiatra trató de hospitalizar a su paciente, pero no comunicó a la joven el peligro que ella corría. Los padres de la víctima solicitaron una indemnización basándose en la negligencia del médico. La Suprema Corte de Justicia de California estimó la demanda al considerar que el psiquiatra tenía un deber especial de adoptar todas las medidas necesarias para evitar la peligrosidad de su paciente señalando especialmente a los psicólogos clínicos, adjudicándoles a partir de ese momento, la responsabilidad especial de evaluar el potencial violento de sus pacientes y tomar acciones apropiadas para proteger del peligro a terceras partes [14].

La primera generación de estudios, encabezada principalmente por las investigaciones del Dr. Steadman y su equipo, buscaba determinar la precisión de los clínicos en esta tarea, pero los resultados no fueron muy alentadores ya que, de forma reiterada, indicaban que los clínicos eran "sobreestimadores" en la predicción de la violencia y producían altas tasas de falsos positivos en sus pronósticos. El cuestionamiento a la pericia de los psicólogos y psiquiatras crecía a medida que aumentaban las publicaciones que lo documentaban [14]. Tal como se ha observado hasta principios de los años ochenta el tema de la precisión de las predicciones estadísticas y clínicas en el mundo no había sido extensamente investigado.

En el contexto latinoamericano la intención de perfeccionar las evaluaciones, de lograr mayor precisión en las predicciones y, más aún, de lograr algún método estandarizado, se planteó tempranamente [11], alrededor de los años 30. Como hito histórico, es importante mencionar la iniciativa de un pionero argentino como Loudet [16] y su pretensión de elaborar sus índices de peligrosidad, resaltando la necesidad de privilegiar el estudio psicológico del delincuente para poder fundamentar las medidas legales que se le apliquen. Loudet propone que los índices de peligrosidad se deben basar en los indicadores médicos y psicológicos, y solo secundariamente, en los índices legales. Así, entiende por índice médico psicológico a la herencia orgánica y mental, a la constitución, al temperamento, a la fisiología médica, a la psicología normal y patológica. Por su parte, los índices legales se refieren a los antecedentes penales, policiales y a las formas de las figuras delictivas. El autor es claro al señalar que al otorgar la libertad condicional en base a la asistencia al trabajo y a la escuela penitenciaria, y a la buena conducta, nada se dice sobre el grado de reforma moral del condenado. Es decir que la posibilidad de otorgar o no la libertad condicional no puede basarse únicamente en el cumplimiento de los reglamentos carcelarios. Propone entonces que el otorgamiento o denegación de la libertad condicional debe fundamentarse en el índice médico psicológico de la peligrosidad del delincuente y es

diagnostico debe hacerlo el Instituto de Criminología teniendo como base la historia clínica criminológica [17]. El autor ejemplifica con un caso: un sujeto puede tener dos, tres, hasta cuatro condenas. El índice legal hace pensar en un delincuente habitual, intimidante, de peligrosidad permanente. El índice médico - psicológico, en cambio, puede revelar un delincuente ocasional, determinado por factores exógenos más que por endógenos, de mínima peligrosidad y de fácil readaptación social. Loudet afirma que debemos subrayar la diferencia fundamental que existe entre el delincuente reincidente y el habitual [16].

Osvaldo Loudet formó parte en Argentina del movimiento reformista, desde su punto de vista de criminólogo, la subjetividad se define por las posibilidades de reinserción social del delincuente. Sin embargo aquel modelo tuvo el obstáculo de no contar con estudios que lo respaldaran empíricamente y quedó simplemente como propuesta.

Segunda generación de estudios

Después de que la investigación inicial sugiriese que las capacidades de los clínicos para pronosticar la violencia de los pacientes en la comunidad eran muy limitadas, en el año 1984 J. Monahan advirtió que los métodos actuariales y la predicción en contextos comunitarios a corto plazo aún no habían sido explorados. Este será el punto de partida para la llamada segunda generación de estudios concebida bajo la consideración de que, a pesar de las limitaciones del momento, la evaluación del riesgo podría ser fiable y adecuada en algunas circunstancias. Este cambio de paradigma se sostiene en base a tres hallazgos: se propusieron las tablas actuariales como ayudas valiosas para el clínico en su toma de decisiones, en consecuencia los estudios comenzaron a enfocarse en la acumulación de datos empíricos para el desarrollo de estas tablas. En segundo término se resaltó la necesidad de incluir ítems situacionales en la evaluación reconociendo el carácter dinámico y cambiante del riesgo, y superando la perspectiva de la peligrosidad como una disposición estática en el individuo. Finalmente, se comenzaron a diseñar estudios de predicción a corto plazo en ámbitos comunitarios [14].

Los errores que se habían observado anteriormente en el proceso de predicción fueron atribuidos a varias causas: períodos de seguimiento demasiado cortos, muestras atípicas o poco controladas de pacientes, un criterio pobremente definido o evaluado exclusivamente mediante registros oficiales, muestras con sujetos de edad avanzada o funcionalmente deteriorados ya sea a causa de la enfermedad o de los prolongados períodos de hospitalización [18].

A comienzos de los años noventa un nuevo gran desafío asaltaba a los profesionales de salud mental ya que debían articular los hallazgos de la investigación con la práctica

clínica de evaluación. Con una tecnología estadística en constante avance, diseños de investigación más rigurosos y el uso de predictores que habían mostrado una relación estadística con la violencia futura, se comenzaron a diseñar y testar herramientas actuariales y los novedosos métodos clínicos estructurados de evaluación del riesgo para ser utilizados en la práctica profesional [14].

La situación en América Latina no se mantuvo ajena a estos cambios y comenzó a producirse una reformulación conceptual sobre el tema que no estuvo limitada solo a propuestas teóricas [19]. Por el contrario, lo novedoso del proceso fue que por primera vez en Latinoamérica se buscaron evidencias empíricas que pudieran informar sobre la evaluación de riesgo de violencia, más adelante revisaremos los hallazgos más importantes.

Siguiendo a la OMS [2] se considera que la violencia a menudo puede prevenirse y predecirse tomando como base ciertos factores que han demostrado tener valor predictivo sobre esta conducta, aunque la causalidad directa sea a veces difícil de establecer. Dichos factores van desde los individuales y familiares (tales como impulsividad, depresión y conflictos conyugales) hasta los macroeconómicos (como los rápidos cambios en las estructuras sociales o las recesiones económicas que generan alto desempleo). También se encuentran implicados factores locales, específicos de un lugar y un momento dado, como la mayor presencia de armas de fuego o las modalidades del tráfico de drogas.

El concepto general de valoración del riesgo ha sido formulado por S. Hart [20] como *"el proceso de evaluación de un individuo con el fin de caracterizar la probabilidad de que cometa actos de violencia en el futuro y de desarrollar intervenciones para gestionar o reducir esa probabilidad"*.

La multiplicidad de causas y la infrecuencia hacen de la predicción de la violencia una tarea difícil. Esto ha llevado a los técnicos a tener dos posturas antagónicas. Unos consideran que la violencia, por su complejidad, infrecuencia y multicausalidad es impredecible, más allá del acierto azaroso. Otros que la violencia es predecible si se toman en cuenta la intencionalidad, heterogeneidad e infrecuencia de la misma [21].

Clásicamente los profesionales de la salud mental han defendido la idea de que la mejor alternativa para predecir el comportamiento de alguien es apelando al juicio de un experto y a su modo particular de organizar la información y tomar decisiones en base a ella [22].

Según los supuestos del método clínico un profesional con experiencia puede saber cómo se comportará una persona basándose principalmente en su juicio clínico. En el caso de la predicción de la conducta violenta los clínicos usan claves para evaluar la peligrosidad, y el acuerdo sobre cuáles son relevantes varía en función de la experiencia

del clínico y del contexto. El método clínico se caracteriza por no tener protocolos o reglas "explícitas" más allá de las propias de cada experto. En este procedimiento se pueden incluir instrumentos objetivos de evaluación como los test u otras informaciones objetivas, pero los datos que se obtienen son procesados sin atender a ninguna regla explícita conocida. Este procedimiento presenta una notable dificultad para encontrar justificaciones empíricas y sistemáticas ya que existen bajos niveles de acuerdo inter-jueces, poca precisión y una débil justificación teórica. Las desventajas del método clínico principalmente derivan del elevado nivel de pericia requerido para obtener resultados óptimos, y de las limitaciones y sesgos en el procesamiento de la información propios del juicio humano [22].

Otro modo que los psicólogos han implementado para realizar predicciones es el método actuarial basado principalmente en reglas estadísticas, es decir, en correlaciones establecidas empíricamente entre unas variables predictoras y un criterio o resultado. La estadística permite obtener índices sobre la magnitud y la significación de tal asociación además de indicar qué tan alta o baja es la probabilidad de acertar o errar en la predicción. En el método actuarial la predicción se plantea en términos probabilísticos y se dirige a determinar la asociación de un antecedente con un consecuente sin ocuparse de explicaciones causales. Se caracteriza esencialmente por un registro cuidadoso y detallado de todos los datos relevantes de la historia personal del sujeto, especialmente aquellas informaciones que se relacionan empíricamente con el comportamiento o criterio a predecir. Pero además del registro detallado de informaciones relevantes, los procedimientos actuariales implican también una ponderación adecuada de la importancia de cada información por medio de reglas de combinación matemáticas. Estas reglas permiten obtener una puntuación de probabilidad determinada que refleja el riesgo de que suceda aquello que queremos predecir [21].

En ocasiones se considera que la diferencia entre el método clínico y el actuarial radica en los datos utilizados, siendo los clínicos quienes utilizan datos dinámicos y los actuarios, datos estáticos. Sin embargo, la distinción más precisa se ubica en el proceso de la predicción. Independientemente del tipo de datos utilizados, los actuarios usan un procedimiento algorítmico, formal, objetivo, y los clínicos uno subjetivo, impresionístico, informal. La diferencia esencial reside entonces en el proceso de combinación de la información en un nivel superior del análisis, allí donde se ejecuta la predicción global del riesgo [23].

En un espacio intermedio entre ambos métodos hace aproximadamente una década ha surgido una perspectiva combinada que reconoce la importancia, tanto de las variables

actuariales como de los factores clínicos y de gestión del riesgo que los profesionales tienen en cuenta en la evaluación de cada sujeto individualmente [24].

Según Buchanan [25] representa una combinación entre el conocimiento empírico y el saber hacer clínico/profesional. Una noción clave subyacente a este método llamado de juicio profesional estructurado es que el criterio profesional es valorable y apropiado para la evaluación del riesgo, aunque utiliza un grado de estructura para reducir la complejidad de la tarea clínica y guiar el ejercicio del criterio. El método de juicio clínico estructurado utiliza datos cualitativos y hechos objetivos, e introduce en la medida de lo posible la objetividad, la organización y el método científico en la planificación de la recolección y análisis de los datos. Por su carácter integrador y abierto facilita el diseño de intervenciones para la gestión del riesgo, lo que en definitiva constituye el objetivo principal de la predicción [22].

En los últimos años se han desarrollado nuevas técnicas para predecir la conducta violenta basadas en tres elementos principales: un mejor conocimiento de la naturaleza y procesos que producen la violencia, la sustitución del término "peligrosidad" por el de "riesgo de violencia" y el desarrollo de protocolos e instrumentos de uso profesional para la valoración del riesgo de violencia. Esto implicó importantes avances científicos en la sistematización de la evaluación del riesgo de violencia, capaces de estimar la probabilidad de violencia futura de un individuo basándose en los predictores o factores de riesgo, aunque esas contribuciones no se implementan de manera rápida ni uniforme en la práctica latinoamericana. En los últimos 25 años diversos grupos de investigación, en múltiples países, incluso latinoamericanos, produjeron abundantes evidencias sobre la temática de la evaluación de riesgo de violencia, y diseñaron instrumentos que pudieran mejorar la identificación de los factores relevantes, tanto para el pronóstico como para la intervención [19].

Los investigadores acuerdan [14] en que el proceso de evaluación del riesgo de violencia puede ser organizado en una serie de tareas básicas, configurándose en una acción progresiva de evaluación, revisión y reevaluación, dado la naturaleza cambiante del fenómeno. En primer lugar, el clínico debe estar formado, no sólo en evaluación clínica y gestión del riesgo sino también en el contexto legal de la jurisdicción donde ejerce su profesión. En la segunda fase se debe recoger la información sobre los factores de riesgo recurriendo a diversas fuentes de datos como la historia clínica, entrevistas con el paciente y con informantes colaterales, expedientes forenses o registros de archivos. El paso siguiente es la estimación del riesgo y en el que tal vez, menos consenso se ha encontrado sobre su procedimiento y fiabilidad, las guías de valoración del riesgo son instrumentos

que estructuran y racionalizan este paso. Finalmente, la información significativa relativa al riesgo debe ser explícitamente, y por escrito, comunicada a quien tome las decisiones para implementar un curso de acción dirigido a minimizar los riesgos y proteger a posibles víctimas [14].

En definitiva, la valoración del riesgo es un procedimiento complejo, que implica, sin lugar a dudas, el entendimiento detallado, complejo y dinámico de un paciente individual. Por lo tanto los principios generales deberán siempre ser considerados como un punto de partida para la evaluación.

El impacto que podría tener la implementación de un modelo como el propuesto es mensurable en diferentes áreas y conforma el objetivo de investigaciones futuras. Por ejemplo, se podría evaluar si, al estimular el servicio ambulatorio comunitario, se alcanza a reducir los costos de institucionalización. Además, y en tanto canaliza una manera de prevención secundaria, se puede reducir la reincidencia de nuevas conducta violentas. Sin embargo parece haber todavía un gran abismo entre la investigación y la formación y la práctica clínica en este aspecto, en consecuencia las predicciones sobre la peligrosidad en nuestro contexto recaen exclusivamente sobre la experiencia clínica y el juicio de los expertos [11].

1.5. Riesgo de violencia

En nuestro medio el concepto de peligrosidad, que además de ser un concepto jurídico, también es un concepto común, forma parte del lenguaje cotidiano y refiere a la propensión del individuo a cometer actos violentos y peligrosos. Este concepto intenta resumir la idea del predictor por excelencia de la violencia futura. Ha sido y es utilizado en la actualidad para este fin en las legislaciones penales de la mayoría de países occidentales. También ha sido objeto de polémicas tanto en el campo del Derecho penal, como en la Criminología y la Psiquiatría porque mientras que para algunos resulta un concepto útil, para otros no es más que una fuente de problemas y confusiones. Sin embargo es un concepto aún vigente en la ciencia jurídica y forense [14].

En un desarrollo histórico del tema puede observarse que las formas de conceptualización del tema y las reacciones comunitarias hacia los diversos grados de riesgo han variado a lo largo de la historia y, tal como otras cuestiones que involucran a la seguridad pública, han resultado con frecuencia, estar más vinculados a las presiones sociales que a los conocimientos científicos. Sin embargo la comunidad científica ha realizado valiosos aportes y autocríticas desde múltiples disciplinas, tales como Sociología, Criminología, Derecho, Biología, Antropología, Psicología y Psiquiatría [11].

Cuando hablamos de riesgo entendemos el mismo como un evento que puede acontecer con una cierta probabilidad en el futuro, la peligrosidad en cambio alude a una variable mucho más estática y genérica, que lleva a decisiones pronosticas dicotómicas. El riesgo de violencia es un constructo continuo, variable y específico, que permite tomar decisiones graduadas de pronóstico futuro de violencia. La presencia de peligrosidad en el individuo reduce la estrategia de control en dos tipos de intervenciones: control situacional (como internaciones) y/o tratamiento terapéutico del sujeto peligroso. La valoración del riesgo amplía las posibilidades de intervención porque permite ajustar los procedimientos de control y minimización del riesgo a los niveles individuales y contextuales del mismo, con lo que se generan muchas posibilidades de intervención adecuadas al pronóstico más probable [21]. En la presente investigación se considera factor de riesgo a cualquier elemento personal, familiar o social que, de acuerdo con la investigación, se asocia a un mayor riesgo delictivo.

Por estos motivos es que a lo largo de los últimos años la tendencia indica que se varió desde el concepto de “predicción de violencia” al de “evaluación del riesgo de violencia”, enfatizando la naturaleza variable de los riesgos [11].

Una de las líneas de investigación más reconocidas actualmente es la que pone el foco sobre las carreras delictivas, también conocida como Criminología del Desarrollo [26]. Numerosos hallazgos han demostrado que muchos jóvenes realizan actividades antisociales durante la adolescencia, pero que las abandonan pronto de modo 'natural'. En los estudios sobre carreras delictivas se analiza la secuencia de delitos cometidos por un individuo y los "factores" que se vinculan al inicio, mantenimiento y finalización de la actividad delictiva, su principal foco de atención son los "factores de riesgo" de delincuencia. Se efectúa una diferenciación entre *factores estáticos* (como la precocidad delictiva de un sujeto, su impulsividad o su psicopatía), que contribuyen al riesgo actual pero que no pueden generalmente modificarse, y *factores dinámicos*, o sustancialmente modificables (como sus cogniciones, tener amigos delincuentes, o el consumo de drogas).

D. Farrington formuló una teoría psicológica integradora del conocimiento sobre carreras delictivas que diferencia en primer lugar, entre "tendencia antisocial" de un sujeto y "decisión" de cometer un delito [26]. La tendencia antisocial dependería de tres tipos de factores: los procesos energizantes, entre los que se encontrarían los niveles de deseo de bienes materiales, de estimulación y prestigio social (más intensos en jóvenes marginales debido a sus mayores privaciones), de frustración y estrés, y el posible consumo de alcohol; los procesos que imprimen al comportamiento una direccionalidad antisocial, especialmente si un joven, debido a su carencia de habilidades prosociales, propende a optar por métodos ilícitos de obtención de gratificaciones, y la posesión o no de las adecuadas inhibiciones (creencias, actitudes, empatía, etc.) que le alejen del comportamiento delictivo. Estas inhibiciones serían especialmente el resultado de un apropiado proceso de crianza paterno, que no sea gravemente entorpecido por factores de riesgo como una alta impulsividad, una baja inteligencia o el contacto con modelos delictivos. La "decisión" de cometer un delito se produciría en la interacción del individuo con la situación concreta. Cuando están presentes las tendencias antisociales aludidas, el delito sería más probable en función de las oportunidades que se le presenten y de su valoración favorable de costos y beneficios anticipados del delito [27].

En un plano longitudinal la teoría de Farrington distingue tres momentos temporales de las carreras delictivas. El inicio de la conducta delictiva que dependería principalmente de la mayor influencia sobre el joven que adquieren los amigos, especialmente en la adolescencia. La persistencia en el delito va a depender esencialmente de la estabilidad que presenten las tendencias antisociales, como resultado de un intensivo y prolongado proceso de aprendizaje. Finalmente, el desistimiento o abandono de la carrera delictiva se va a producir en la medida en que el joven mejore sus habilidades para la satisfacción de sus

objetivos y deseos por medios legales y aumenten sus vínculos afectivos con parejas no antisociales (lo que suele ocurrir al final de la adolescencia o en las primeras etapas de la vida adulta).

Los factores de riesgo suelen clasificarse en tres grandes bloques:

1) riesgos psicobiológicos (relativos a la biología y la psicología individuales)

2) riesgos familiares y económicos

3) riesgos relativos a los amigos y la comunidad [28].

Como antecedente importante en los estudios sobre factores de riesgo, se destacan los hallazgos de los investigadores canadienses D. Andrew y J. Bonta [29] que incorporan conocimientos de la investigación y de teorías psicológicas precedentes. Estos autores, tal como se ha mencionado, elaboran su teoría en base a la existencia de factores estáticos, inherentes al sujeto y a su pasado, difíciles de cambiar y factores dinámicos entendidos como todas aquellas circunstancias que aparecen en la vida del sujeto que tienen que ver o podrían estar asociadas con su estilo de vida, se denominan dinámicos porque son modificables y cambiantes. Estos autores clasificaron en cuatro grandes dimensiones los factores de riesgo identificados en los meta-análisis como correlatos empíricos de la conducta delictiva y que se mostraron como buenos predictores de la reincidencia. Ellos son: los antecedentes de conducta antisocial, variables de personalidad antisocial, actitudes y cogniciones procriminales y finalmente los asociados o pares antisociales.

La predicción de la reincidencia intenta averiguar y comprender los factores de riesgo que pueden impulsar a un sujeto hacia una carrera delictiva es decir, que lo hacen vulnerable a la delincuencia. Para el estudio y comprensión de estos factores, es importante contemplar también los factores protectores o conjunto de factores individuales, sociales y ambientales que pueden prevenir o reducir la probabilidad de desarrollar desórdenes [28.] Es decir, que según estos autores se pueden reconocer factores que propician la persistencia en el actuar delictivo, denominados factores criminógenos de riesgo y aquellos que intervienen en procesos de desistimiento y, por tanto, actúan como recursos protectores. Según estos autores la prevención puede obtener resultados muy importantes si se es capaz de influir sobre esas variables.

Estos autores proponen el modelo Riesgo-Necesidades-Responsividad que establece tres grandes principios:

- ✓ Principio de riesgo: que asevera que los individuos con un mayor riesgo en factores estáticos (históricos y personales por lo tanto no modificables) requieren intervenciones más intensivas.

- ✓ Principio de necesidad: que afirma que los factores dinámicos de riesgo directamente conectados con la actividad delictiva (como hábitos, cogniciones y actitudes delictivas) deben ser los auténticos objetivos de los programas de intervención.
- ✓ Principio de individualización: que advierte sobre la necesidad de ajustar las intervenciones a las características personales y situacionales de los sujetos.

A los fines de sintetizar el análisis de estos elementos tomamos el esquema propuesto por S. Redondo Illescas [28] del triple riesgo delictivo. Este modelo explicativo intenta responder a una pregunta fundamental de la criminología: ¿De qué depende la motivación y el riesgo delictivos de un sujeto particular y el que se convierta o no en un delincuente? En una segunda instancia el modelo se expande también hacia la predicción del riesgo social de delincuencia.

Según esta manera de sistematizar los datos las fuentes de riesgo pueden agruparse en tres grupos en los cuales pueden encuadrarse todos los factores de riesgo y de protección que la investigación ha identificado empíricamente.

1. Fuente A, de riesgos personales: todas aquellas características individuales, tanto constitucionales como adquiridas, empíricamente asociadas a un mayor o menor riesgo de comportamiento antisocial. Las características personales relacionadas con la conducta antisocial pueden ser estáticas, sin embargo, también puede tratarse de variables personales más dinámicas. La única condición indispensable para ser consideradas variables de capacidad o disposición personal (o factores A) relacionadas con la conducta antisocial es que se trate de características actuales del propio individuo, ya sean naturales o adquiridas.

2. Fuente B, de riesgos en el apoyo prosocial: todas aquellas características y condiciones ambientales (familiares, educativas y sociales) que conforman al individuo a lo largo de su vida y se asocian a un mayor o menor riesgo delictivo. El apoyo prosocial sería todo aquel capital educativo, informativo, económico, de relaciones, de vínculos, etc., que la comunidad social traslada a cada uno de sus miembros mediante los diversos mecanismos e instituciones de educación y socialización.

3. Fuente C, de riesgos en las oportunidades delictivas: todas aquellas características ambientales que favorecen o dificultan el comportamiento antisocial. Que el individuo se vea expuesto a unas dosis moderadas de riesgos situacionales u oportunidades delictivas, y no a riesgos elevados, tales como una necesidad económica grave, una amenaza contra su vida e integridad, etc. Los riesgos situacionales u oportunidades delictivas son los estímulos o contingencias precipitantes que anteceden a concretos episodios de conducta antisocial. Los mismos son diferentes entre sí según el tipo de delito (delitos violentos y delitos contra la propiedad)

Atento a la diversidad de fuentes de riesgo descriptas, resulta evidente la multicausalidad de la conducta delictiva, y, en consecuencia, la complejidad que asimismo tiene su prevención. Los riesgos personales (que incluyen características individuales como impulsividad, pensamientos justificadores del delito, o reacciones emocionales de ira) van a necesitar intervenciones educativas y de tratamiento directas con los individuos. Los factores de riesgo relativos a las carencias en el apoyo prosocial van a requerir programas y mejoras sociales de amplio espectro, cuyos efectos preventivos sobre la reducción de la delincuencia juvenil sólo podrán concretarse a medio y largo plazo. Por último, las oportunidades delictivas exigen también sus propias medidas de prevención ambiental, mejorando los controles sociales informales, tanto personales como relativos a medidas físicas de evitación del delito [28].

Números estudios alrededor del mundo se han desarrollado siguiendo este enfoque en diversos ámbitos de práctica profesional. Como antecedente importante podemos citar un estudio realizado con 728 delincuentes juveniles en donde se aislaron factores dinámicos y estáticos que resultaron eficaces predictores de la conducta criminal. La existencia de antecedentes penales previos, la edad de comisión del primer delito, antecedentes de trastornos de la conducta, factores de riesgo familiar (pobres habilidades parentales, comportamiento delictivo familiar, historia de abuso físico o emocional), grupo de pares involucrado en conductas delictivas y baja adherencia a los tratamientos, fueron las variables de mayor impacto predictivo según los autores de ese trabajo [30].

En un meta-análisis de 131 estudios realizados entre 1970 y 1994, se encontraron distintas variables que correlacionaban positivamente con el riesgo de reincidencia y otras que lo hacían en forma negativa. Dentro de los factores vinculados a la reincidencia penal los autores hallaron variables criminológicas descriptas que incluyen la historia delictiva, antecedentes de comportamiento antisocial, desempeño social, edad, género, raza y factores familiares. Por el contrario el funcionamiento intelectual, los factores estresantes personales y las condiciones socio-económicas familiares, fueron identificados como los predictores más débiles [31].

1.6. HCR-20: Construcción y utilización del instrumento

Las herramientas de evaluación de riesgo llamadas de juicio profesional estructurado inicialmente surgieron en el contexto de evaluación de pacientes psiquiátricos y reclusos con enfermedades mentales graves en Canadá. Después su desarrollo se expandió hacia la predicción de otros tipos de violencia y se extendió a países como EE.UU, Reino Unido, Países Nórdicos, Alemania y Holanda. Varias guías y protocolos de valoración del riesgo como el HCR-20 y escalas de psicopatía como el PCL-R han mostrado buena validez predictiva en estudios sobre futuras conductas violentas [21].

El HCR-20 Assessing Risk for Violence [32] originalmente fue concebida como un instrumento de evaluación de riesgo para personas declaradas inimputables por trastornos mentales. Evalúa el riesgo de violencia física y fue desarrollado para ser aplicado en el ámbito psiquiátrico, civil, forense y penitenciario. Funciona como una guía con la cual se alcanzan juicios probabilísticos sobre el riesgo de ocurrencia de violencia en el futuro y ha sido elegido para ser utilizado en la presente investigación, principalmente por el tipo de población y el contexto en estudio. Desde su primera versión en 1995, ha sido largamente testeado y empleado en diversos países [33]. Permite realizar una evaluación personalizada orientada al manejo preventivo mediante la consideración de 20 factores de riesgo seleccionados por su asociación con la violencia en la bibliografía científica y profesional, y también mediante la consulta a profesionales de la salud mental forense. Se vale de factores respaldados empíricamente, pertenecientes a tres dimensiones agrupadas en items: históricos (pasados), clínicos (presente) y de gestión de riesgo (futuro). Mientras los factores históricos son más estáticos, los factores clínicos y riesgo son más dinámicos.

Los autores del instrumento especifican que cuando el instrumento es utilizado a los fines clínicos, tiene poco sentido sumar el número de factores de riesgo presentes en un caso determinado, aunque admiten que para propósitos de investigación el juicio final esté basado en la suma de las puntuaciones de cada ítem [32]. Es decir, el HCR-20 no provee, intencionadamente, puntos de corte o algoritmos que ordenen la categorización de individuos en niveles de riesgo, y así no produce predicciones actuariales. Son los clínicos los que deben establecer niveles bajos, moderados o altos de riesgo de violencia para los individuos basándose en la evaluación estructurada de los factores de riesgo, la importancia que poseen o no para el caso en cuestión y el grado de intervención estimado para prevenir la violencia. Aunque generalmente, a mayor cantidad de factores de riesgo presentes, mayor es la puntuación y la probabilidad de violencia, pueden haber variables idiosincrásicas con una importancia crítica en el riesgo de violencia de un individuo y un

pequeño número de factores pueden colocarlo en un nivel de riesgo inminente para actuar violentamente aun si la puntuación total de un sujeto en la escala es baja.

Son pioneros en los estudios de la versión en español las investigaciones llevadas a cabo por el Grupo de Estudios Avanzados en Violencia de la Universidad de Barcelona [34] [14] quienes realizaron la adaptación y traducción del instrumento al castellano. En América Latina, Argentina fue la pionera en la validación y el uso del HCR-20 a través de los estudios del Dr. J. Folino y su equipo de colaboradores en la Universidad de La Plata [35]. Los estudios en Argentina se replicaron luego en otros países de la región, en Brasil [36] [37] Chile [38] [39] Colombia [40] [41] [42] y Ecuador (investigaciones no publicadas).

La extensión en el mundo del uso de este tipo de instrumentos fue el objetivo de una reciente investigación [43] que se propuso investigar las prácticas de evaluación de riesgos de violencia de psicólogos, psiquiatras y enfermeras en seis continentes mediante una encuesta multilingüe on line. En cuanto a la pertenencia geográfica los encuestados eran de Europa (49,7%), seguido por Norteamérica (20,8%), América del Sur (2,7%), África (0,2%) y del resto del mundo (26,6%). Los encuestados informaron la realización de un promedio de 435,5 evaluaciones de riesgo de violencia a lo largo de su vida, más de la mitad de los cuales (54,3%) se llevaron a cabo utilizando un instrumento estructurado. El análisis muestra diferencias en la prevalencia de los instrumentos utilizados en función de la ubicación geográfica y la disciplina profesional. En comparación con Norteamérica, Europa y Australasia, los encuestados provenientes de Asia y América del Sur informaron completar una proporción menor de evaluaciones de riesgo con la ayuda de un instrumento. En cuanto a la disciplina profesional, los psicólogos refirieron utilizar instrumentos para estructurar sus evaluaciones de riesgo de violencia más a menudo que los psiquiatras y enfermeros. Más de 200 instrumentos diferentes se informaron como utilizados en el proceso de evaluación del riesgo de violencia, sin incluir los más de 200 instrumentos adicionales desarrollados exclusivamente para uso personal o institucional. El instrumento más comúnmente utilizado en el proceso de evaluación del riesgo de violencia fue el HCR-20. Los encuestados que utilizaron instrumentos de juicio clínico estructurado valoraron estas herramientas, en promedio, de ser muy útil para estas tareas. En la discusión del estudio los autores ponen de manifiesto que menos de la mitad de las evaluaciones de riesgo en América del Sur y Asia durante el año anterior al estudio fueron llevadas a cabo con el uso de una herramienta de evaluación de riesgo, a pesar la gran disponibilidad de conocimiento científico que demuestra la superioridad de métodos estructurados sobre el juicio clínico estructurado y de la literatura existente sobre la validez predictiva de las herramientas de evaluación de riesgo en estas regiones. La rareza de su

uso también puede ser debido a la falta de familiaridad con los instrumentos disponibles en el mercado o la falta de disponibilidad de traducciones autorizadas de alguno de los instrumentos mencionados en este estudio.

Respecto a la situación en Latinoamérica la tradición profesional durante el siglo XX fue modelando un estilo de evaluación del riesgo de violencia basada en la aproximación clínica no estructurada. Algunas de las dimensiones que son consideradas relevantes en el fuero en lo criminal son la personalidad del autor del delito, la naturaleza y carácter de la enfermedad que padece, el momento evolutivo de la misma, la gravedad del delito y las condiciones mesológicas del eventual egreso de institución donde se cumplían las medidas de seguridad. Los enfoques tienden a ser amplios, integradores de la historia vital del individuo, con la pretensión de hacer confluir perspectivas fenomenológicas, existenciales y criminológicas. En ese tipo de práctica subyace el modelo teórico que sostiene que con una comprensión amplia del sujeto es posible representar la conducta violenta futura [19]. Este modelo tiene fortalezas en la aplicación por parte del clínico experimentado pero recibe variados cuestionamientos por producir evaluaciones y predicciones idiosincrásicas, falta de uniformidad entre profesionales e imprecisiones importantes [44].

La investigación actual revela que se necesitan múltiples fuentes de información para la evaluación del riesgo. En este sentido los expertos recomiendan realizar una revisión exhaustiva de todos los expedientes y/o historias clínicas. En general esta información servirá para proporcionar una base para entrevistar al paciente. Tal como advierte J. Folino [35] en la situación legal en la cual se realizan estas evaluaciones, el evaluado puede ser poco comunicativo e intentar ocultar algunos aspectos de sí mismo. Pese a esto se recomienda que se realicen entrevistas detalladas para recabar información y analizar si existen incongruencias entre lo que se sabe de la persona y lo que ésta intentará hacer creer al evaluador, esto en sí mismo puede constituirse en un indicador para la puntuación de uno o varios ítems. La utilización de referencias del evaluado sin corroboración para puntuar los ítems se debe restringir a los casos en que los sujetos se incriminen con sus declaraciones pero no cuando se promuevan con ellas ya que en los ámbitos forenses es muy común que los individuos intenten minimizar el daño que causaron y la responsabilidad que les incumbe. Sin embargo no tiene sentido exagerar la información negativa sobre ellos mismos ya que esto solo los perjudicaría.

Tal como resalta Echeburúa [45] la evaluación psicológica forense se encuentra con algunas dificultades específicas tales como la involuntariedad del sujeto, los intentos de manipulación de la información aportada (simulación o disimulación) o la influencia del propio proceso legal en el estado mental del sujeto. Las características del contexto forense

facilitan la distorsión y manipulación de la información aportada por los evaluados, lo que conlleva la necesidad de un entrenamiento especializado del evaluador de la simulación/disimulación y en la detección del engaño. Por ello se recomienda que, siempre que sea posible, una evaluación forense adecuada debe incluir la información recogida a partir de distintos métodos de evaluación y de diferentes fuentes. Sólo así se consigue una validación transversal de las entrevistas y los cuestionarios.

En cuanto al HCR-20 los autores [35] recomiendan para la puntuación de algunos ítems, especialmente los referidos a los trastornos mentales, de personalidad y de consumo de sustancias el uso de entrevistas clínicas estructuradas o semi-estructuradas, y de inventarios de personalidad. La inclusión de instrumentos estandarizados mejora la calidad de la información. La administración del HCR-20 requiere juicio y capacidad profesional, es imprescindible tener experiencia en entrevistas diagnósticas y administración e interpretación de test estandarizados. También se recomienda estar familiarizado con la bibliografía sobre la naturaleza y la predicción de la violencia y recibir un entrenamiento específico en el manejo del instrumento.

Como observamos, los procedimientos de valoración del riesgo que hemos denominado "guías", como es el caso del HCR-20, son herramientas al servicio de los profesionales y no sustituyen a éstos en la toma de decisiones. La estructura que impone el protocolo de valoración afecta sobre todo a la recolección y valoración de los factores de riesgo que componen las guías, es decir a los datos que "necesariamente" hay que identificar. Deja en manos de los técnicos (es decir en su experiencia y habilidades clínicas) las decisiones que estiman el riesgo y los planes de actuación futura para reducirlo. Las decisiones finales son del profesional, no del protocolo [21 46].

La versión 3 de la HCR-20 [47] encarna y ejemplifica el enfoque del juicio profesional estructurado para la evaluación y gestión del riesgo de violencia. Los autores del instrumento refieren que aunque la versión 2 funciona bien y ha sido ampliamente adoptada y validada, una gran cantidad de investigación y de trabajo en la práctica sobre evaluación y gestión del riesgo se ha acumulado desde la publicación de la versión 2 en 1997 [33].

La versión 3 del HCR-20 [48] intenta sistematizar estos nuevos hallazgos ya que un gran número de investigadores han compartido los datos provenientes del uso HCR-20 Versión 2 para poder evaluar su rendimiento en muestras de gran escala (en más de 5.000 casos). Uno de los cambios de esta nueva versión fue la incorporación de los subtemas dentro de los factores de riesgo más amplios o de los más complicados, esto pretende ser de ayuda para especificar y conceptualizar la naturaleza del riesgo con mayor precisión.

Además se han incluido "indicadores" para cada factor de riesgo, estos indicadores brindan orientación y proporcionan formas específicas en que los factores de riesgo pueden manifestarse a nivel individual.

Al igual que la versión 2, el HCR-20 versión 3 contiene tres subescalas que refieren a factores pasados, presentes y futuros. La subescala histórica (H) está conformada por 10 ítems que recogen información relacionada a antecedentes de conductas, experiencias traumáticas, existencia de trastorno mental, disfunciones de personalidad y desajuste social en el pasado. La subescala clínica (C) incluye cinco ítems relacionados al funcionamiento psicológico actual del evaluado, el cual habitualmente es observado o inferido del comportamiento reciente. La subescala R aborda la gestión del riesgo, está compuesta de cinco ítems que reflejan factores de riesgo situacionales futuros, los cuales son anticipados sobre la base de los factores históricos y clínicos, y de los planes y objetivos en cada caso. Los ítems de las escalas se encuentran especificados en la Tabla 1.

Tabla 1. Factores de riesgo HCR-20 versión 3

Factores Históricos	Factores Clínicos	Factores de riesgo medioambientales
H1. Historia de violencia	C1. Escaso insight	R1. Planificación inadecuada los servicios profesionales
H2. Otras conductas antisociales	C2. Ideación o intento de violencia	R2. Problemas en las condiciones de vida
H3. Problemas en las relaciones	C3. Síntomas de trastorno mental grave	R3. Escaso soporte personal
H4. Problemas de empleo	C4. Inestabilidad	R4. Pobre respuesta al tratamiento o supervisión
H5. Uso de sustancias	C5. Pobre respuesta al tratamiento	R5. Exposición a stress y pobre afrontamiento
H6. Trastorno mental grave		
H7. Trastorno de personalidad		
H8. Experiencias traumáticas		
H9. Actitudes violentas		
H10. Pobre respuesta al tratamiento		

Según la última publicación de los autores del instrumento en donde se resumen los más importantes hallazgos de investigación [33] la versión 3 de la HCR-20 está siendo en la actualidad utilizada en muchas investigaciones en curso, siendo la presente pionera en el contexto latinoamericano.

1.7. Trastornos de personalidad

El concepto "trastornos de la personalidad" ha sufrido una clara evolución [49], Kraepelin fue el primer autor que, en 1907, aportó una concepción clínica de los trastornos de la personalidad cuando creó la denominación "personalidad psicopática" y la diferenció de las psicosis. Schneider (1923) definió los trastornos de la personalidad como "personalidades anormales que por su anormalidad sufren o hacen sufrir", así como entidades patológicas diferenciadas y delimitadas entre sí. La teoría de Millon (1998) supuso un importante avance en el estudio de los trastornos de la personalidad. Dentro de este modelo la "normalidad" y la "patología" se entienden como conceptos relativos situados dentro de un continuo, no como categorías discretas. Según la teoría de Millon, la personalidad normal y la patológica comparten los mismos principios y mecanismos de desarrollo; las personalidades del mismo tipo, sean normales o patológicas son esencialmente las mismas en cuanto a los rasgos básicos que la componen, la diferencia estriba en la capacidad de adaptación al medio [50].

Las actuales nosologías diagnósticas más frecuentemente utilizadas, DSM-IV [51] y CIE-10 (1), describen las características de los trastornos de la personalidad, prevaleciendo una clasificación categorial frente a la recomendación dimensional propuesta por autores como Millon. Según la definición propuesta por la Asociación Americana de Psiquiatría y tal y como se recoge en el manual diagnóstico DSM-IV [51] *"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 la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o perjuicios para el sujeto".*

En el presente estudio se toma la clasificación diagnóstica del DSM – IV tal como se detalla a continuación[*]:

Criterios para el diagnóstico de los trastornos de personalidad según el DSM IV [51]

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

(1) cognición (p. ej., formas de percibir e interpretarse a uno mismo, a los demás y a los acontecimientos)

[*] Si bien a la fecha de entrega del presente trabajo la American Psychiatric Association ya ha publicado la versión V del Manual Diagnostico y Estadístico de Trastornos Mentales, las conceptualizaciones del mismo no se han incluido ya que no fueron utilizadas para la evaluación de los participantes de esta investigación en el trabajo de campo.

(2) afectividad (p. ej., la gama, intensidad, labilidad y adecuación de la respuesta emocional)

(3) actividad interpersonal

(4) control de los impulsos

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

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

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

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

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

Según la clasificación del DSM – IV los trastornos de la personalidad se dividen en tres grupos:

Grupo A:

F60.0 - Trastorno paranoide de la personalidad

F60.1 - Trastorno esquizoide de la personalidad

F21 - Trastorno esquizotípico de la personalidad

Grupo B:

F60.2 - Trastorno antisocial de la personalidad

F60.31 - Trastorno límite de la personalidad

F60.4 - Trastorno histriónico de la personalidad

Grupo C:

F60.6 - Trastorno de la personalidad por evitación

F60.7 - Trastorno de la personalidad por dependencia

F60.5 - Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad

F60.9 - Trastorno de la personalidad no especificado

Los datos arrojados por la Encuesta Mundial de Salud Mental [53] indican que el riesgo de padecer cualquier trastorno mental en el último año, según los criterios del DSM-IV, varían desde el 4,3% en Shangai hasta el 26,4% en los Estados Unidos. Según el estudio de

las áreas de captación epidemiológica (ECA por sus siglas en inglés) [54] se estima que el 32,7% de las personas sufrirá algún trastorno mental a lo largo de su vida, y que entre un 15,0% y un 25,0% lo ha sufrido en los últimos doce meses. El estudio nacional de comorbilidad de los Estados Unidos informó una prevalencia del 26,2% a lo largo de la vida de cualquier trastorno mental del CIDI – DSM IV (Entrevista Diagnóstica Compuesta Internacional - Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales) [55]. En una muestra representativa de seis países europeos, conducida entre 2001 y 2003, mediante una encuesta de hogares cara a cara, se encontró una prevalencia de vida para cualquier trastorno mental del 25,0% y para los últimos doce meses, del 9,6%. En Latinoamérica, los estudios transversales comunitarios, realizados en personas mayores de 18 años, informaron prevalencias globales de los trastornos mentales a lo largo de la vida del 45,9%, del 26,8% en el último año y del 22,0% en el último mes [56].

Particularmente en cuanto a la relación entre trastornos de personalidad en contextos forenses, desde hace tiempo ha acaparado mucha atención e investigación científica. En la actualidad lo único que parece claro es que la relación entre personalidad y delincuencia no se trata de una relación sencilla o univariada. En diversos estudios se ha demostrado que los trastornos de la personalidad representan un riesgo clínico significativo para las conductas violentas [14].

Pero 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 la presunción de una predisposición delictiva. Tal y como advierte la American Psychiatric Association (APA) respecto al uso del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 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 [51]. 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 [57]. Precisamente el correcto conocimiento de los trastornos de la personalidad permite tener clara esta distinción. En esta dirección, Duggan y Howard [58] planteaban que si bien es cierto que hay evidencias empíricas de la relación entre trastornos de personalidad y delincuencia, también las hay acerca de que probablemente el padecimiento de trastorno de personalidad explica una pequeña parte del total de conductas delictivas que se llevan a cabo.

El rango de los trastornos de personalidad en reclusos es muy elevado, en estudios americanos y canadienses la prevalencia de este tipo de trastornos se sitúa entre el 50% y el 75% [59]. Recientes estudios han revelado que alrededor de la mitad de los más de nueve millones de personas que actualmente están en prisión en el mundo sufre algún trastorno de personalidad, la mayor parte de las veces sin diagnosticar [60]. Sin embargo no es extraño encontrar resultados dispares, pues las prevalencias en el medio carcelario oscilan entre el 10% y el 70% [61].

La prevalencia de los trastornos de personalidad en la población forense y penitenciaria es muy elevada, pero varía mucho en los diferentes estudios según el tipo de muestra y, especialmente, en función de los instrumentos de evaluación. Respecto a la frecuencia de los trastornos de personalidad en la población penitenciaria, según el metaanálisis de Fazel y Danesh [60], que ofrece unos criterios exigentes de inclusión y abarca una muestra global de 10.797 varones y 3.049 mujeres, la tasa de prevalencia de los trastornos de personalidad en los varones es del 65%, especialmente del trastorno antisocial (47%), y en las mujeres del 42%, especialmente del trastorno límite (25%) y del antisocial (21%).

En cualquier caso, sabemos que con el modelo actual de categorización del DSM y de la CIE se sobrediagnostican los trastornos de personalidad en este tipo de poblaciones. Las actuales categorías diagnósticas presentan ítems que se solapan entre sí. De este modo, la valoración politética permite efectuar un diagnóstico cumpliendo sólo algunos de los criterios, por lo que es frecuente encontrar dos, tres y hasta cuatro diagnósticos de trastorno de personalidad en el mismo sujeto, por lo que los datos se encuentran sobreestimados [57].

Según Esbec y Echeburúa [57] todos los trastornos de personalidad pueden tener relación con conductas violentas, unos con más frecuencia que otros, pero probablemente el grado de varianza que explican es menor del esperado. En el devenir de tales conductas van a influir otros múltiples factores endógenos, exógenos y, especialmente, de interacción con la víctima. Es importante resaltar que cuando se hace una valoración de las conductas violentas, no se debe incurrir en el llamado error fundamental de la atribución, un sesgo que consiste en sobrestimar la influencia disposicional y subestimar la influencia situacional.

- *Trastorno paranoide de la personalidad (TPP):* La característica esencial del trastorno paranoide de la personalidad es un patrón de desconfianza y suspicacia general hacia los otros, de forma que las intenciones de éstos son interpretadas como maliciosas [51]. Las personas que sufren este trastorno han perdido parcialmente contacto con la realidad y atribuyen a los demás actitudes o intenciones hostiles. En la población

forense es un trastorno de personalidad que aparece con mucha prevalencia, algunas investigaciones encuentran que es el segundo más frecuente en varones y el tercero en mujeres. Según Esbec y Echeburúa [57] las personalidades paranoides cometen agresiones debido a interpretaciones distorsionadas y reacciones exageradas que dan a situaciones cotidianas, especialmente cuando la posible víctima emprende una acción física o verbal que se interpreta como un ataque personal

- *Trastorno esquizoide de la personalidad (TEP):* Las personas con este trastorno de personalidad actúan en solitario y pueden cometer conductas violentas contra las personas, así como delitos contra la libertad sexual. Normalmente los esquizoides no son violentos, pero pueden tener graves explosiones de cólera si se les invade su espacio personal o se les molesta. La asociación entre un trastorno paranoide y un trastorno esquizoide de la personalidad puede ser especialmente grave. La violencia en las personas con este trastorno es poco probable, pero puede ser extrema [57]. Se trata de individuos con muy baja autoestima y con graves dificultades en las relaciones interpersonales.
- *Trastorno esquizotípico de la personalidad (TEZP):* Se trata de un trastorno escasamente diagnosticado en muestras forenses. Las personas con esquizotipia carecen de un adecuado nivel de empatía e interpretan de forma distorsionada los mensajes y señales ajenos. Las comunicaciones sociales están teñidas de su idiosincrasia y se pierden en tangencialidades, irrelevancias personales, lenguaje circunstancial y digresiones metafóricas. Por ello, confunden fácilmente fantasía y realidad y tienden a instalarse en una vida irreal y subjetiva, desconectada de la lógica y de los valores habituales. Las conductas violentas se ejecutan en solitario, son el resultado de una afectividad inapropiada, carecen de un móvil claro y surgen de una forma impulsiva, sin planificación.
- *Trastorno antisocial de la personalidad (TAP):* Se trata de un trastorno definido como un patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás. Es considerado el trastorno de personalidad más relacionado con la delincuencia violenta tanto en varones como en algunas muestras en mujeres [57]. Sin embargo los criterios de los manuales americanos DSM recibieron muchas críticas por estar muy restringidos a descripciones de comportamiento criminal y relegar aspectos tradicionales de la clínica, por esto es que se le señala que se sobre-diagnóstica en los ámbitos forenses y penitenciarios [62]. La conducta violenta vinculada a este trastorno de personalidad se caracteriza por ser de inicio precoz, estable, versátil y frecuentemente grupal. Los antecedentes penales y la escalada de la violencia son la norma. En general, se trata de

personas que tienen una baja empatía e intolerancia a la frustración, no acatan la autoridad, sienten fascinación por la violencia, necesitan imperiosamente experiencias novedosas y muestran susceptibilidad al aburrimiento. Los rasgos definitorios de la psicopatía son el narcisismo, la frialdad y la anestesia emocional respecto a los demás, frecuentemente asociados con un nivel alto de inteligencia puesta al servicio de sus intereses, de la manipulación o el fingimiento. Los delitos en los que están más frecuentemente implicados (en orden decreciente) son: delitos de lesiones, contra la libertad sexual y contra la propiedad.

- *Trastorno límite de la personalidad (TLP):* Se trata de un trastorno de personalidad cada vez más diagnosticado en muestras forenses con delitos violentos. Lo que lleva estas personas a las conductas violentas es la impulsividad, la pobre identidad, la disregulación emocional y el consumo de drogas. Junto con el trastorno antisocial y el evitativo, suele ser frecuente en muestras de agresores sexuales. Los pacientes con trastorno límite de personalidad se caracterizan por miedo al abandono, relaciones intensas e inestables, trastornos de la identidad, inestabilidad emocional e impulsividad, todos ellos factores relacionados de una u otra manera con la agresión sexual. Las conductas violentas se potencian en este trastorno cuando hay una comorbilidad con el abuso de drogas.
- *Trastorno narcisista de la personalidad (TNP):* Junto a los rasgos paranoides, el estilo narcisista incrementa el riesgo de conductas violentas. Los narcisistas sienten una necesidad enfermiza de admiración, son arrogantes y exquisitamente sensibles hacia cualquier tipo de rechazo o desprecio, pero son incapaces de reconocer los sentimientos ajenos. Para ellos es más importante aparentar que ser. Si bien este trastorno es poco diagnosticado en muestras forenses, la tasa de prevalencia puede alcanzar el 6% e incluso el 25% de varones en población psiquiátrica penitenciaria. El narcisismo es un rasgo frecuente en todo tipo de sujetos violentos, en especial antisociales y psicópatas, que habitualmente anteponen sus deseos a las necesidades y derechos de los demás [57].
- *Trastorno histriónico de la personalidad (THP):* Lo más característico de las personalidades histriónicas -surgidas a veces en un marco familiar de sobreprotecciónes a hipersensibilidad y la tendencia a atribuir a pequeñeces grandes desastres, así como la propensión a la fantasía. Las conductas violentas solo son habituales en este trastorno cuando hay una comorbilidad con el trastorno antisocial o con el narcisista.

- *Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad (TOP):* La violencia en este trastorno de personalidad es poco frecuente, pero puede aparecer cuando el sujeto afectado experimenta episodios de descontrol sobre la ira acumulada, normalmente acompañados de consumo abusivo de alcohol. Este trastorno es frecuentemente comórbido con los trastornos del estado de ánimo. Lo que precipita la violencia en estos casos es la ira que surge ante la intolerancia existente a las críticas, a la humillación y al fracaso.
- *Trastorno dependiente de la personalidad (TDP):* Se trata de personas sumisas, necesitadas constantemente de aprobación y afecto. Pueden sentir angustia e ira intensa ante el abandono real o imaginario, lo que puede conducirles, especialmente, a actos de violencia machista, sobre todo cuando hay un abuso de alcohol. Las personas con este trastorno de personalidad pueden ser influenciables por personalidades psicopáticas, dada su gran necesidad de estimación y de integración grupal, y, de este modo, convertirse en cómplices de conductas violentas.
- *Trastorno de la personalidad ansioso-evitativo (TAEP):* Este tipo de trastorno, junto con el antisocial y el límite, se ve con frecuencia en los delincuentes sexuales. Lo que caracteriza a estas personas es la falta de confianza en sí mismas, los sentimientos de inseguridad e inferioridad, el miedo a sufrir cualquier humillación y el temor a mostrarse tal como son, así como la carencia de habilidades sociales. Todo ello lleva a una inhibición social y a mostrarse hipersensibles a cualquier crítica. Junto a la personalidad depresiva y la pasivo-agresiva, se afirma que el estilo evitativo es de los más frecuentes en muestras penitenciarias con un trastorno mental [63].

Tal como fue explicado en apartados anteriores, sabemos que en poblaciones forenses el problema de la simulación se torna de suma importancia. Se considera que los trastornos mentales más propicios para el fingimiento son el trastorno de estrés postraumático, los cuadros psicóticos, las demencias, las toxicomanías, los trastornos disociativos y el retraso mental. Ciertos trastornos de personalidad, como el antisocial o el histriónico, facilitan la existencia de la simulación. A su vez, la ocultación de síntomas para conseguir algún beneficio (disimulación) es más habitual en la depresión, en la paranoia y en el alcoholismo [45].

Otra de las problemáticas asociadas a los trastornos de personalidad que adquiere una particular relevancia en poblaciones forenses es el consumo de drogas, es por esto que se considera importante realizar algunas conceptualizaciones en este punto. La relación entre trastornos de personalidad, consumo de sustancias tóxicas y violencia está muy

fundamentada [57]. Los primeros estudios sobre comorbilidad psiquiátrica en trastornos relacionados con el uso de drogas se realizaron en los años 80. Rounsaville (1982) estudia una muestra de 638 adictos a los opiáceos, determinando el 69% de los diagnósticos psiquiátricos asociados. En sus estudios sobre la población dependiente de las drogas, Ross y colaboradores (1988), señalaron un 78% de prevalencia. Los datos aportados por Clerici confirman esta situación: en una población de adictos a los opiáceos, el 25% no presentaba un doble diagnóstico; el 50% presentaba un diagnóstico de eje II y el 25% restante presentaba un diagnóstico añadido de eje I. Finalmente, en un estudio reciente, realizado sobre una muestra de 716 sujetos, se ha demostrado la existencia de comorbilidad psiquiátrica en el 47% de los pacientes, los diagnósticos más frecuentes fueron los comportamientos personales antisociales (en un 25% de los casos), y la depresión (en más de 15,8 %) [64].

Estudios internacionales han constatado que, en comparación con la población general, los delincuentes presentan elevadas tasas de consumo de drogas y es frecuente que pertenezcan a ese grupo los consumidores problemáticos de drogas. Sin embargo, la relación entre drogas y delincuencia no es ni sencilla ni lineal. Tampoco es generalizable: muchos delincuentes reincidentes no consumen drogas y muchos drogodependientes no cometen delitos. Aunque los estudios no demuestran la existencia de una estrecha relación entre el consumo experimental de drogas y la comisión de delitos, sí suelen demostrar que la delincuencia precede a menudo al consumo de drogas ilegales, sobre todo de las que están especialmente asociadas a dependencia y/o consumo problemático, como la heroína y la pasta base de cocaína [65].

Lo que puede sostenerse es que existen trayectorias sociales de los individuos que han delinquido en las que el inicio en el delito ocurre en momentos similares al inicio en el consumo de drogas y ambos fenómenos tienen como antesala la pérdida de los lazos familiares, la ruptura con los espacios escolares y la marginalidad en general. Es decir, que el inicio del consumo o la realización del delito no tienen como causa fundamental a uno u a otro: el inicio en el consumo no se fundamenta en la necesidad de “tener valor para cometer delitos” y a la inversa, el inicio en la carrera delictiva no tiene como fundamento exclusivo la necesidad de tener dinero para comprar drogas. En resumen, la asociación se presenta pero no en todos los casos. Y esta asociación no implica determinación para todos los casos. Según un estudio realizado por la Secretaría de programación para la prevención de la drogadicción y lucha contra el narcotráfico (SEDRONAR) [66] en referencia a las sustancias legales, el 80,8% de la población en estudio consumió tabaco alguna vez en la vida y el 82,0% de los entrevistados alcohol. El consumo de esta última sustancia es

diferencial según sexo siendo los hombres quienes más consumen. El 64,4% de los entrevistados consumió alguna droga ilícita por lo menos una vez en la vida, siendo los varones los de mayor prevalencia.

1.7.1. Entrevista semiestructurada IPDE

El cuestionario autoadministrado IPDE es el instrumento utilizado en este trabajo como uno de las herramientas para la evaluación de los trastornos de la personalidad. Este instrumento ha sido aprobado por la Organización Mundial de la Salud y ha sido traducido al español. Cuenta con dos versiones, una adaptada para el DSM-IV [67] y otra para el CIE-10 [68]. Se utiliza frecuentemente en el ámbito clínico y en investigación al ser una de las entrevistas que presenta mejores propiedades psicométricas.

En esta investigación se ha optado por la versión DSM-IV, la misma contiene, en la entrevista semiestructurada completa, 99 preguntas agrupadas bajo seis encabezamientos: Trabajo, Yo, Relaciones interpersonales Afectos, Prueba de Realidad y Control de Impulsos. Requiere que el entrevistador tenga entrenamiento previo en el uso del instrumento y tiene el inconveniente de necesitar mucho tiempo para su aplicación, pues se requieren entre 60 y 90 minutos aproximadamente para realizar la entrevista. Sin embargo y a los fines de ahorrar tiempo puede usarse el cuestionario IPDE autoadministrado, que es una herramienta de cribaje, con la intención de eliminar aquellos sujetos en los que resulta poco probable que padezcan un trastorno de personalidad. Aunque este cuestionario [61] genera un número considerable de falsos positivos es de esperar que produzca pocos falsos negativos en relación a la entrevista IPDE. Esto no significa que los dos instrumentos, entrevista y cuestionario, sean intercambiables, ya que el cuestionario IPDE es un instrumento de cribado que no debe ser usado para realizar diagnósticos psiquiátricos en ninguna circunstancia. Este cuestionario en la versión DSM-IV tiene 77 preguntas con dos posibles respuestas, verdadero o falso. El resultado es sólo categorial pues no puede utilizarse para calcular puntuaciones dimensionales.

Según estudios previos realizados [61] se desprende que resulta aconsejable utilizar en el medio penitenciario directamente la entrevista IPDE y no usar previamente el cuestionario de cribaje, pues la falta de especificidad observada limita el posible ahorro de tiempo, pero sobre todo porque la falta de sensibilidad puede hacer que pasen inadvertidos algunos trastornos de personalidad que presentan elevada prevalencia en el medio carcelario. Por este motivo y teniendo en cuenta esta recomendación es que en el presente estudio se complementan los resultados del cuestionario IPDE autoadministrado con otros diagnósticos disponibles así como también entrevistas clínicas.

Un antecedente relevante es la investigación llevada adelante por López-Barrachina, Lafuente y García-Latas [69] en el año 2005 en donde se encuestó mediante el cuestionario autoadministrado IPDE a una muestra de 236 internos en dos Centros Penitenciarios de España, dos de las tres prisiones existentes en la Comunidad Autónoma de Aragón. Con este instrumento de cribado se obtuvo una prevalencia general de Trastornos de la Personalidad en las prisiones de la provincia de Zaragoza del 69,3% (55,9% en el Grupo A, 75,4% en el Grupo B y 76,7% en el Grupo C). Sobre el total de la muestra, los Trastornos de la personalidad más prevalentes fueron el Paranoide (41,1%), el Narcisista (59,7%) y el Antisocial (47,5%) y el Obsesivo-Compulsivo (63,6%). Únicamente un 8,5% de la población carcelaria carecía de un diagnóstico de trastornos de la personalidad.

1.8. Objetivos de la investigación

En función de los ejes teóricos y antecedentes planteados el presente estudio se ha propuesto la identificación de los factores de riesgo asociados a la aparición de nuevas conductas violentas en una población de personas que gozan de libertades anticipadas, habiendo sido egresadas de instituciones penitenciarias de toda la provincia de Córdoba y que se encuentran cumpliendo la última etapa de la ejecución de su condena en libertad.

Objetivo general:

- Identificar factores de riesgo asociados a la reincidencia delictiva en sujetos que se encuentren cumpliendo la última etapa de la ejecución de la pena.

Objetivos específicos:

- Describir la prevalencia de factores de riesgo históricos, clínicos y de gestión del riesgo presentes en esta población
- Describir los trastornos de personalidad que aparecen con mayor frecuencia en la población en estudio
- Analizar las posibles diferencias entre los factores de riesgo presentes y las tipologías delictivas.
- Valorar el nivel de riesgo de aparición de conductas violentas en un grupo de personas que se encuentran en libertad condicional.

2. MATERIALES Y MÉTODOS

2.1. Enfoque, tipo de estudio y diseño

Se llevará a cabo un estudio empírico con metodología cuantitativa [70] utilizando un diseño descriptivo transversal [71] ya que se pretende describir con precisión una serie de factores de riesgo que, según la investigación internacional, han demostrado tener relación con la emergencia de conductas violentas en una población determinada, en este caso adultos varones que han sido condenados por delitos penales.

2.2. Participantes

Los participantes de este estudio fueron un total de 100 hombres adultos de sexo masculino que fueron condenados por delitos tipificados en el Código Penal vigente y se encontraban al momento de la evaluación en libertad condicional u otro tipo de libertad anticipada (en un 97% de los casos los sujetos se encontraban en libertad condicional), que habían recuperado su libertad recientemente (como máximo 3 meses) y que se encontraban transitando la última etapa de la ejecución de su condena en libertad, siendo tutelados por la Dirección del Patronato de Liberados.

Los criterios de exclusión de la muestra fueron los siguientes:

- Sexo: sólo se incluyen en este estudio varones
- Zona de residencia: se incluyen los sujetos que asisten a la delegación institucional ubicada en la ciudad de Córdoba
- Información disponible en los expedientes judiciales: se excluyeron de esta manera las personas en cuyos expedientes no se encuentra disponible información de su historia vital, recorrido institucional, trayectoria delictiva, etc. Cabe resaltar que esta variable está relacionada sólo con la organización administrativa de los procedimientos judiciales e institucionales, no guardando relación directa con otra variable que se encuentre vinculada específicamente con el sujeto.
- Tiempo que según estipulara la justicia se encontraría bajo la tutela de la institución: se excluyeron de esta manera las personas que gozan del beneficio de la libertad asistida ya que deben concurrir a la institución durante seis meses según establece el Código Penal Argentino.
- Al momento de la evaluación hubiera transcurrido más de tres meses desde que hubiera egresado de la institución penitenciaria (para evaluar la situación contextual inmediata del sujeto que egresa del penal)

La participación en el presente estudio fue totalmente voluntaria. Se respetó acabadamente la normativa ética de nivel nacional e internacional entregando al entrevistado un consentimiento informado (que aclaraba objetivos, metodología y otros detalles del estudio) que cada uno firmó, asimismo se les garantizó a los sujetos el resguardo de su identidad (Ver anexos).

2.3. Instrumentos

Para la evaluación de los factores de riesgo se utilizó el HCR 20 versión 3. Se realizó un entrenamiento previo del evaluador en el uso de la herramienta, por la Dra. Karin Arbach quien es profesional acreditada para esta tarea. Este esquema de evaluación, tal como ya se expuso en la sección anterior de este trabajo, está compuesto por tres subescalas: la subescala histórica está conformada por 10 ítems de carácter estático, la subescala clínica incluye 5 ítems relacionados al funcionamiento psicológico actual del evaluado, la subescala de gestión de riesgo está compuesta de 5 ítems que reflejan factores de riesgo situacionales futuros.

Luego de la evaluación es posible establecer el valor bajo, moderado o alto de riesgo de violencia en cada caso según el criterio del evaluador guiado por la evaluación estructurada. Para la administración de esta escala se utilizan diversas fuentes de datos que puedan garantizar una información fiable.

La investigación actual [35] revela que se necesitan fuentes de información múltiples para la evaluación del riesgo. Según la bibliografía revisada en la mayoría de los casos la revisión de expedientes, la entrevista y los métodos auxiliares son suficientes para completar el HCR 20. En este estudio se realizaron entrevistas semi-estructuradas con los participantes y se revisaron expedientes y demás oficios que se encuentran en la institución.

Para la tipificación del factor de riesgo H7 Trastorno de personalidad, se utilizaron complementariamente otras fuentes de información, tales como los informes criminológicos realizados en el penal, entrevista clínica directa y el cuestionario IPDE, en su versión abreviada.

La entrevista semiestructurada IPDE [67] se utiliza frecuentemente en el ámbito clínico y en investigación al ser una de las entrevistas que presenta mejores propiedades psicométricas. La concordancia y estabilidad temporal del IPDE han sido estudiadas en 14 centros clínicos de 11 países de América del Norte, Europa, África y Asia, en el estudio de campo participaron 58 psiquiatras y psicólogos clínicos como entrevistadores y

observadores de 716 pacientes [67]. Este instrumento requiere que el entrevistador tenga entrenamiento previo en el uso del instrumento y tiene el inconveniente de necesitar mucho tiempo para su aplicación, ya que insume entre 60 y 90 minutos en promedio para realizar la entrevista.

Tal como se ha referido en la sección anterior, en el presente estudio se utiliza IPDE en su versión abreviada (ver anexos), como uno de los instrumentos de evaluación de los trastornos de la personalidad. Esta decisión metodológica fue tomada a los fines de reducir los tiempos, con la intención de eliminar aquellos sujetos en los que resulta poco probable que padezcan un trastorno de personalidad, pues aunque este cuestionario genera un número considerable de falsos positivos es de esperar que produzca pocos falsos negativos en relación a la entrevista IPDE. Este cuestionario autoadministrado en la versión DSM-IV tiene 77 preguntas con dos posibles respuestas, verdadero o falso, arribando a un resultado sólo categorial pues no puede utilizarse para calcular puntuaciones dimensionales.

El cuestionario de evaluación IPDE sólo se utiliza para identificar sujetos con alta probabilidad de presentar trastornos de la personalidad ya que no debe usarse para realizar diagnósticos psiquiátricos, pero al aplicarlo como prueba de cribaje, el estudio de validez de este instrumento indica que tiene escasa utilidad en la población reclusa estudiada cuando se aplica con los estándares de referencia habituales, pues el número de falsos positivos que produce es muy elevado al presentar una especificidad muy baja, 2,5%. Los mejores índices de validez del cuestionario para identificar trastornos de la personalidad en general se obtienen con un punto de corte para trastorno probable de 4 o más respuestas no coincidentes con las esperadas, aun así la especificidad para identificar uno o más trastornos de la personalidad continúa siendo baja, 32,5%, pero no es posible tomar el punto de corte mayor, de 5 o más respuestas no coincidentes con las esperadas, pues en ese caso la sensibilidad sube hasta el 83,3%, lo que resulta inadecuado al tratarse de una prueba de cribaje ya que el principal requisito de este tipo de instrumentos es precisamente que estén dotados de elevada sensibilidad, lo que en la práctica se traduce en la ausencia de falsos negativos [61 69].

Se utilizó además un formulario para la recogida de datos construido a los fines exclusivos de esta investigación en donde se consignaron datos sociodemográficos generales (fecha de nacimiento, estado civil, tipo de delito por el cual estuvo condenado, condición jurídica, tiempo de condena, fecha de egreso del penal, tiempo cumplido en el establecimiento penitenciario, fechas de evaluaciones y observaciones generales - ver anexo).

2.4. Procedimiento de recolección

El procedimiento de recolección de datos se llevó adelante en varias etapas:

Primera etapa

1. Se verificó diariamente en los turneros de la institución las primeras entrevistas pautadas.
2. Se constató que se encuentre disponible el oficio judicial (proveniente del juzgado interviniente), si la persona estuvo privada de su libertad el informe criminológico (proveniente del penal donde estuvo alojada esa persona) y si hubiera sido realizada el informe de pericia psicológica (realizada por el equipo técnico del poder judicial a los fines de otorgar la libertad anticipada).
3. Se completan los indicadores de la HCR-20 versión 3 con la información disponible.

Segunda etapa

1. La profesional a cargo de la investigación realiza la primera entrevista con la persona, la misma consiste en una entrevista semi estructurada dirigida fundamentalmente a recabar datos de la historia vital y la historia delictiva del sujeto.
2. Al finalizar la entrevista se le entrega el cuestionario IPDE para que lo complete el participante o bien, en el caso de que la persona sea analfabeta, se le procede a administrar el mismo
3. Se pauta una fecha para una nueva entrevista
4. Se procede a llenar los protocolos de investigación de la HCR-20 versión 3 de acuerdo a la información recabada en la entrevista.
5. Se establecen los puntos acerca de los cuales se necesita continuar indagando.

Tercera etapa

1. Se realiza la segunda entrevista con el participante para completar los indicadores de cada factor de riesgo indicados en la HCR-20 versión 3 que carecen de información. Esta entrevista también es de tipo semi estructurada y focalizada en la situación actual del sujeto.

Cuarta etapa

1. Con la información recabada se realiza la puntuación final de cada ítem indicando si el factor de riesgo indicado en la HCR-20 versión 3 está presente o no.
2. Se realiza la valoración final de riesgo.

2.5. Análisis de datos

El procesamiento y análisis de datos se efectuó mediante programa estadístico informatizado de acceso libre como InfoStat. Se ejecutaron análisis de estadística descriptiva para calcular la distribución de frecuencias y los porcentajes de las variables. Para describir y presentar los valores de las variables del presente estudio, como así también la cantidad de sujetos que se incluyen en cada categoría de las variables, se construyeron tablas de contingencias. Para las variables continuas, tales como la edad, se realizó el cálculo de la media y la desviación estándar para determinar en qué grado las observaciones individuales se acercan o se alejan de la media aritmética, y el rango para establecer la diferencia entre la puntuación mayor y la menor, indicando la extensión total de los datos en la escala [72 71].

Para responder el tercer objetivo se realizaron análisis bivariados, a fin de explorar por un lado la relación entre la clasificación según el IPDE y la codificación obtenida en el factor de personalidad del HCR-20 versión 3 (H7), y por otro lado la relación entre los factores de riesgo del HCR-20 versión 3 y el tipo de delito. Se realizaron tablas de contingencias de doble entrada donde en cada casilla contiene el número de personas que poseen un nivel en una las variables analizadas y otro nivel en la otra variable. Es decir que se presentan los participantes clasificados simultáneamente en dos categorías de variables. Se utilizó el cálculo de contraste estadístico *ji*-cuadrado para establecer si entre dos variables medidas existe alguna relación [72 73].

3. RESULTADOS

A continuación se exponen los resultados del trabajo de campo realizado. A los fines de realizar una exposición más ordenada de los mismos se han dividido en un primer lugar en el análisis de características generales de la muestra y luego en el mismo orden de los objetivos específicos propuestos en este estudio.

3.1. Datos sociodemográficos e información general de la muestra

Los participantes de estudio residen tanto en la ciudad de Córdoba como en algunas localidades del interior de la provincia. En la tabla 2 puede observarse la procedencia de los integrantes de la muestra, residiendo actualmente un 75% de la ciudad de Córdoba capital y un 25% de la zona metropolitana[*]. El resto de localidades del interior de la provincia no fueron abarcadas por este estudio ya que los tutelados asisten a delegaciones

---

[*] *Seccional 1°:* Centro
Seccional 2°: Cooperativa El Progreso / Lomas de la Carolina
Seccional 3°: Alberdi
Seccional 4°: Villa Revol / Villa Revol Anexo / Villa Angeleli / Jardín / Kenedy / Nueva Córdoba / Ejército Argentino / Posta de Vargas Anexo / Tejas 2 / Artigas / Inaudi / San Fernando / Jardín del Sur / Jardín Espinosa
Seccional 5°: Renacimiento / Villa Argentina / San Vicente / Ampliación Renacimiento / Villa Inés / Colonia Lola / Maldonado / Altamira / Acosta / Miralta / Muller / Parque San Vicente / Campo La Rivera
Seccional 6°: General Paz / Altos de General Paz / Juniors / Yapeyú / Ampliación Yapeyú / Barranca Yaco / Chacra La Merced
Seccional 7°: Alta Córdoba / Independencia / Cofico / Villa El Nylon
Seccional 8°: Pueyrredón / Villa Bajo Pueyrredón / Zepa A / Zepa B / Palmar / Ampliación Palmar / Claudina / Yofre Sur
Seccional 9°: Zumarán / San Martín / Sargento Cabral / Los Paraísos / Granadero Pringles / San Lorenzo / Lomas de San Martin / Villa Cabrera / Las Margaritas / La France / California
Seccional 10°: Güemes / Sachi / Comercial / Estación Flores / Irupé / Cabildo / Cáceres / Bella Vista / Vélez Sarsfield / Villa Aspacia / Rosedal / Colinas de Vélez Sarsfield / Suarez / Observatorio / Villa Adela / Farina / Rosedal Anexo / Ciudadela
Seccional 11°: Alto Alberdi / Villa Páez / Mafequín / Villa Urquiza / Marechal / San Rafael / Villa Unión / Villa Siburu / Don Bosco / Quebrada de las Rosas / Los Naranjos / Los Plátanos / Villa Urquiza / San Ignacio / Las Palmas
Seccional 12°: Sarmiento / Ampliación San Pablo / Ampliación Cerveceros / José Hernández / Bialet Masse / San Pablo / Marcos Sastre / San Pablo / Urquiza / Cerveceros / Maipú / SEP / Residencial San Carlos / Complejo Obras Sanitarias / Alejandro Carbó / Rivadavia / Jardín del Pilar / Ampliación Marcos Sastre / Villa El Chaparral / Colon / Asentamiento La Vaquita / José Hernández / Crisol / Rivadavia
Seccional 13°: San Jorge / Patricios / Ciudad de los Cuartetos / Centro América / Juan Pablo II / Ampliación San Jorge / Patricios Norte / General Sabio / General Bustos / Yofre Norte / Villa Azalaiz / Parque Montecristo / Villa Corina / General Mosconi / Talleres Sur / Talleres Oeste / Talleres Este / Residencial América / Los Álamos / Patricios Oeste / 29 de mayo / Nueva Italia
Seccional 14°: Arguello Norte / Autódromo Arguello / Cerro Norte Arguello / Colinas del Cerro / Granja de Fúnez / Granja de Fúnez II / IPV Amarillo / IPV Arguello / Ituzaingo anexo / Los Bulevares / Policial Anexo / Parque San José / UOCRA Arguello Norte / Villa Belgrano / Villa Serrana Arguello / 16 de noviembre / 2 de septiembre / Villa Allende Parque / 9 de julio / Arcos I Arguello / Blas Pascal / Cerrito / San José / Silvano Fúnez
Seccional 15º: No existe
Seccional 16°: 23 de abril / Almirante Brown / Ampliación 1 de mayo / Ampliación Empalme / Avellaneda / Ciudad Evita / Ciudad de Mis Sueños / Coronel Olmedo / Deán Funes / IPV / Ituzaingo / Ituzaingo anexo IPV / José Ignacio 1 Sección / José Ignacio Díaz / José Ignacio Díaz 3 Sección / Las Lilas / Parque Ituzaingo / San Javier / Villa Boedo Anexo / 1 de mayo / 16 de abril / Ciudad de Mi Esperanza / El Quebracho / Empalme / Ferroviario Mitre / IPV Villa Posse / 25 de Mayo / Villa Boedo
Seccional 17°: General Mosconi / Guiñazú / Hipólito Yrigoyen / Las Magnolias / Liceo 3 Sección / Marcelo Torcuato de Alvear / Mariano Fragueiro / Márquez Anexo / Parque Liceo / Parque Liceo 2 Sección / Los Gigantes Anexo / Mariano Fragueiro Anexo / Márquez de Sobremonte / Remedios de Escalada / Panamericano / Chingolo I
Seccional 18°: Santa Isabel / Santa Isabel 1 y 2 Sección / Mariza / Ampliación Cabildo / Cooperativa El Libertador / Villa El Libertador / San Pedro Nolasco / Cabildo / Congreso / Parque Universidad / Parque Futura / Santa Rosa / Ampliación Santa Rosa / Kairos / Santa Rosa residencial /
Seccional 19°: Parque República / Las Violetas / San Roque / Los Filtros / Ameghino Norte / Residencial San Roque / Aeronáutico / Villa Martínez / Villa Avalos / Lamadrid / San Alberto / Villa Unión / Villa El Tropezón / Villa La Tela / Ameghino Sur

del Patronato del Liberados del interior de la provincia (Río Cuarto, San Francisco, Cruz del Eje).

Tabla 2: Procedencia geográfica de participantes

Córdoba capital / N= 75		
	f	***%***
Seccional 4	2	2%
Seccional 5	10	10%
Seccional 6	3	3%
Seccional 7	2	2%
Seccional 8	2	2%
Seccional 9	1	1%
Seccional 10	10	10%
Seccional 11	8	8%
Seccional 12	4	4%
Seccional 13	2	2%
Seccional 14	7	7%
Seccional 16	6	6%
Seccional 17	2	2%
Seccional 18	8	8%
Seccional 19	8	8%
Interior / N=25		
	f	***% val***
Dpto. Colón	10	10%
Dpto. Cruz del Eje	1	1%
Dpto. Punilla	3	3%
Dpto. Río II	2	2%
Dpto. San Alberto	1	1%
Dpto. Santa María	7	7%
Dpto. Totoral	1	1%

Nota: F=frecuencia; %=porcentaje válido

La edad de los participantes del estudio presenta una media de 32,54 años, siendo la edad máxima de uno de los participantes de 71 años y la edad mínima de 20 años.

En la muestra total, la duración media del tiempo de condena fue de 6 años y 6 meses, con una distribución muy amplia que va desde un año hasta veinticinco años de condena, esto se relaciona con la variabilidad de los delitos por los cuales han sido condenados los participantes, siendo por ejemplo en el menor tiempo de condena, por tenencia de estupefacientes y en el mayor tiempo de condena, por un abuso sexual seguido de homicidio.

En relación al tiempo transcurrido cumpliendo condena en instituciones penitenciarias de la Provincia de Córdoba (ver Tabla 3) encontramos una media de 4 años y 4 meses, aquí nuevamente se observa una distribución muy amplia ya que la mínima es una persona que no estuvo privada de su libertad (se encuentra cumpliendo una suspensión

de juicio a prueba) y la máxima un participante del estudio que estuvo cumpliendo condena en una institución penitenciaria durante 22 años.

Tabla 3: Edad, Tiempo de condena y tiempo cumplido en prisión efectiva.

	Media	*Desv. est.*	*Rango*	
Edad	32,54	8,47	20	71
Tiempo de condena	6 años y 6 meses (79,25 meses)	1 año y 7 meses (20,51 meses)	1 año (12 meses)	25 años (300 meses)
Tiempo cumplido	4 años y 4 meses (53,13 meses)	3 años y 3 meses (40,58 meses)	0	22 años (264 meses)

La condición jurídica en la que se encuentran los sujetos al momento de este estudio es en un 97% de los casos libertad condicional, encontrando que el 3% restante se compone de suspensión de juicio a prueba y ejecución condicional.

En relación al estado civil de los participantes del estudio en 81 casos se encuentran separados, divorciados o solteros, es decir al momento del estudio no están en pareja, siendo 19 quienes refieren encontrarse actualmente casados y/o en concubinato.

El 81,2% de los participantes de este estudio nunca completó la educación básica o no se graduó en la educación secundaria, es decir que tiene estudios básicos incompletos. En un 14,9% de los casos se detectan problemas de analfabetismo.

3.2. Factores de riesgos históricos, clínicos y de gestión de riesgo

Los factores de riesgo que aparecen con mayor frecuencia es el H1 en un 82,0%, el H2 en un 74,2% y el H9 en un 74,0% lo cual resulta esperable ya que estamos trabajando con una muestra de población que ya ha presentado con anterioridad conductas delictivas. Otros valores que resultan llamativos son el H5 que hace referencia a los problemas asociados al uso de sustancias y está presente en un 68,0% de los casos y un 64,0% en el H8 experiencias traumáticas.

En los factores clínicos el porcentaje mayor corresponde al *C1 Escaso insight* en donde encontramos un 49,0%. Los demás ítem muestran porcentajes considerablemente menores.

En los factores de riesgo contextuales se observa una menor dispersión y alta frecuencia, observándose un porcentaje de 74,0% en el *R5 Exposición a stress y pobre afrontamiento*.

Tabla 4: Distribución de frecuencias en los ítems de la HCR-20 V3 en la muestra total

	PRESENTE		PROBABLE		AUSENTE	
Factor de riesgo	**f**	*%*	**f**	*%*	**f**	*%*
H1 – Historia de violencia	82	*82,0*	14	*14,0*	4	*4,0*
H2 - Otras conductas antisociales no violentas	74	*74,2*	12	*12,0*	14	*14,0*
H3 – Problemas en las relaciones personales	49	*49,0*	27	*27,0*	24	*24,0*
H4 – Problemas de empleo	51	*51,0*	19	*19,0*	30	*30,0*
H5 – Problemas asociados al uso de sustancias	68	*68,0*	15	*15,0*	17	*17,0*
H6 – Trastorno mental grave	1	*1,0*	2	*2,0*	97	*97,0*
H7 – Trastorno de personalidad	30	*30,0*	36	*36,0*	34	*34,0*
H8 – Experiencias traumáticas	64	*64,0*	19	*19,0*	17	*17,0*
H9 – Actitudes violentas	74	*74,0*	14	*14,0*	12	*12,0*
H10 – Pobre respuesta al tratamiento o supervisión	19	*19,0*	22	*22,0*	59	*59,0*
C1 – Escaso insight	49	*49,0*	29	*29,0*	22	*22,0*
C2 – Ideación o intentos de violencia	5	*5,0*	15	*15,0*	80	*80,0*
C3 – Síntomas de trastorno mental grave	1	*1,0*	2	*2,0*	97	*97,0*
C4 - Inestabilidad	16	*16,0*	29	*29,0*	55	*55,0*
C5 – Pobre respuesta al tratamiento o supervisión	16	*16,0*	14	*14,0*	70	*70,0*
R1 – Planificación inadecuada de los servicios profesionales	54	*54,0*	44	*44,0*	2	*2,0*
R2 – Problemas en las condiciones de vida	46	*46,0*	25	*25,0*	29	*29,0*
R3 – Escaso soporte personal	52	*52,0*	24	*24,0*	24	*24,0*
R4 – Pobre respuesta al tratamiento o supervisión	16	*16,0*	22	*22,0*	62	*62,0*
R5 – Exposición a stress y pobre afrontamiento	74	*74,0*	22	*22,0*	4	*4,0*

De acuerdo a la suma de todos los factores de riesgo que componen cada sub escala puede observarse que los valores más altos aparecen en los ítems que corresponden a los factores de riesgo históricos, descendiendo significativamente en los clínicos y notando un leve ascenso en los ítems de gestión del riesgo o contextuales.

Tabla 5: Estadísticos descriptivos de las sub escalas del HCR 20 V3

Sub escala	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
H	100	*1*	19	*12,04*	3,64
C	100	*0*	9	*2,63*	2,07
R	100	*1*	10	*6,21*	2,41
Total	100	*4*	38	*20,88*	¿

3.3. Prevalencia de trastornos de personalidad

En la Tabla 6 se presentan, ordenadas por frecuencias, las respuestas afirmativas de todos los ítems del IPDE.

Tabla 6: Distribución de frecuencias en respuestas afirmativas a los ítems del IPDE

Nro. de ítem	*Items*	*f*	*%val*	*N*
69.	Soy capaz de iniciar mis propios proyectos	93	*94,9*	98
7.	Me preocupo si escucho malas noticias sobre alguien que conozco	92	*93,9*	98
1.	Normalmente me divierto y disfruto de la vida	85	*86,7*	98
18.	Normalmente me siento mal cuando hago daño o molesto a alguien	83	*84,7*	98
71.	Me siento cómodo en situaciones sociales	83	*84,7*	98
38.	Cuido mucho lo que les digo a los demás sobre mí	79	*80,6*	98
66.	He sido víctima de críticas injustas	75	*76,5*	98
23.	Paso demasiado tiempo tratando de hacer las cosas perfectamente	73	*74,5*	98
37.	La gente piensa que tengo muy alto concepto de mí mismo	71	*72,4*	98
35.	No me gusta ser el centro de atención	70	*71,4*	98
76.	Cuando recién conozco a alguien no hablo mucho	70	*71,4*	98
25.	Nunca he amenazado con suicidarme, ni me he autolesionado a propósito	69	*70,4*	98
34.	No me gusta relacionarme con gente hasta que no estoy seguro que les caigo bien	69	*70,4*	98
15.	La gente tiene una gran opinión sobre mí	66	*67,3*	98
27.	Para evitar críticas prefiero trabajar solo	66	*67,3*	98
49.	Con frecuencia busco consejos sobre decisiones de la vida cotidiana	66	*67,3*	98
40.	A menudo me siento vacío por dentro	62	*63,3*	98
2.	Confío en la gente que conozco	61	*62,2*	98
33.	Generalmente me siento incómodo o desvalido si estoy solo	60	*61,2*	98
65.	Prefiero relacionarme con gente inteligente	60	*61,2*	98
14.	La mayoría de la gente es justa y honesta conmigo	59	*60,2*	98
46.	Prefiero las actividades que pueda hacer por mí mismo	59	*60,4*	98
45.	Me siento muy cercano a gente que acabo de conocer	58	*59,2*	98
77.	Tengo amigos íntimos	57	*58,2*	98
8.	Ser impulsivo me causa problemas	56	*57,1*	98
3.	No soy detallista	53	*54,1*	98
5.	Muestro mis sentimientos a todo el mundo	53	*54,1*	98
19.	Me resulta muy difícil tirar las cosas	53	*54,1*	98
10.	Doy mi opinión general sobre las cosas y no me preocupo por los detalles	52	*53,1*	98
28.	Me gusta vestirme para sobresalir entre la gente	52	*53,1*	98
39.	Me preocupa mucho no gustar a la gente	50	*51,0*	98
26.	Mis sentimientos son cambiantes	49	*50,0*	98
32.	La gente cree que soy demasiado estricto con las reglas y normas	49	*50,0*	98
44.	Tengo fama de que me gusta coquetear	47	*48,5*	97
51.	Tengo miedo de ponerme en ridículo ante gente conocida	47	*48,0*	98
36.	Creo que mi pareja me puede ser infiel	45	*45,9*	98
63.	Evito las actividades nuevas para no sentirme incómodo	45	*45,9*	98
64.	A la gente le resulta difícil saber claramente qué estoy diciendo	45	*45,9*	98
9.	Mucha gente que conozco me envidia	44	*44,9*	98
21.	Cuando me alaban o critican manifiesto mi reacción a los demás	43	*43,9*	98
56.	Me arriesgo y hago cosas imprudentes	43	*43,9*	98
57.	Todo el mundo necesita uno o dos amigos para ser feliz	43	*44,3*	97
67.	No suelo mostrar emoción	43	*43,9*	98
24.	A menudo, la gente se ríe de mí, a mis espaldas	42	*42,9*	98
54.	Me resulta difícil acostumbrarme a hacer cosas nuevas	42	*42,9*	98
4.	No puedo decidir qué tipo de persona quiero ser	40	*40,8*	98
12.	La gente cree que soy frío y distante	39	*40,2*	97
17.	Me siento fácilmente influido por lo que me rodea	39	*39,8*	98
42.	Me da miedo que me dejen solo y tener que cuidar de mí mismo	39	*39,8*	98
16.	Me siento molesto o desubicado en lugares donde hay mucha gente	37	*37,8*	98
13.	Me meto en relaciones muy intensas pero poco duraderas	36	*36,7*	98
73.	Me resulta difícil contradecir a las personas de las que dependo	35	*35,7*	98
53.	Soy muy emocional y caprichoso	34	*35,1*	97

68. Hago cosas para que la gente me admire	34	*34,7*	98
29. Mentiría o haría trampas para lograr mis propósitos	32	*32,7*	98
58. Descubro amenazas ocultas en lo que me dicen algunas personas	31	*31,6*	98
60. Cuando estoy estresado las cosas que me rodean no me parecen reales	30	*30,6*	98
70. La gente piensa que soy extraño	29	*29,6*	98
20. A veces he rechazado un trabajo, incluso aunque estuviera esperándolo	27	*27,6*	98
6. Dejo que los demás tomen decisiones importantes por mí	25	*25,5*	98
59. Normalmente trato de que la gente haga las cosas a mi manera	25	*25,5*	98
74. Me resulta difícil no meterme en líos	25	*25,5*	98
41. Trabajo tanto que no tengo tiempo para nada más	24	*24,7*	97
50. Para caer bien a la gente me ofrezco a realizar tareas que no me gustan	23	*23,5*	98
75. Llego al extremo para evitar que la gente me deje	23	*23,7*	97
43. Tengo ataques de ira o enojo	22	*22,4*	98
48. La gente piensa que soy tacaño con mi dinero	22	*22,4*	98
62. Cuando finalizo con una pareja, tengo que empezar otra rápidamente	21	*21,4*	98
30. Soy más supersticioso que la mayoría de la gente	19	*19,4*	98
31. Tengo poco o ningún deseo de mantener relaciones sexuales	19	*19,4*	98
55. Sueño con ser famoso	17	*17,5*	97
61. Me enojo cuando la gente no quiere hacer lo que le pido	17	*17,3*	98
47. Pierdo el control y me meto en peleas	16	*16,3*	98
72. Mantengo rencores contra la gente durante mucho tiempo	16	*16,3*	98
52. A menudo confundo objetos o sombras con gente	15	*15,3*	98
22. Uso a la gente para lograr lo que quiero	12	*12,2*	98
11. Nunca me han detenido	8	*8,2*	98

Se observa en la Tabla 7 que las puntuaciones medias más elevadas son la del trastorno evitativo, siendo las siguientes en orden de prevalencia, las puntuaciones en los trastornos histriónico, obsesivo compulsivo, narcisista, límite y paranoide.

Tabla 7: Estadísticos descriptivos sub escalas IPDE

Trastorno	*N*	*Media*	*Desv. Est.*	*Mínimo*	*Máximo*
Evitativo	98	4,73	2,32	0	8
Histriónico	97	3,84	1,68	0	8
Obsesivo-Compulsivo	97	3,40	1,51	0	7
Narcisista	97	3,36	1,59	0	6
Limite	96	3,31	1,90	0	9
Paranoide	98	3,29	1,46	0	7
Esquizotípico	98	2,91	1,77	0	7
Esquizoide	96	2,86	1,28	0	7
Dependiente	98	2,80	1,64	0	8
Antisocial	98	2,53	1,37	1	6

Nota: El máximo probable para cada escala es: Evitativo=8; Histriónico=8; Obsesivo-compulsivo=8; Narcista=9; Límite=9; Paranoide=7; Esquizotipico=9; Esquizoide=7; Dependiente=8; Antisocial=7.

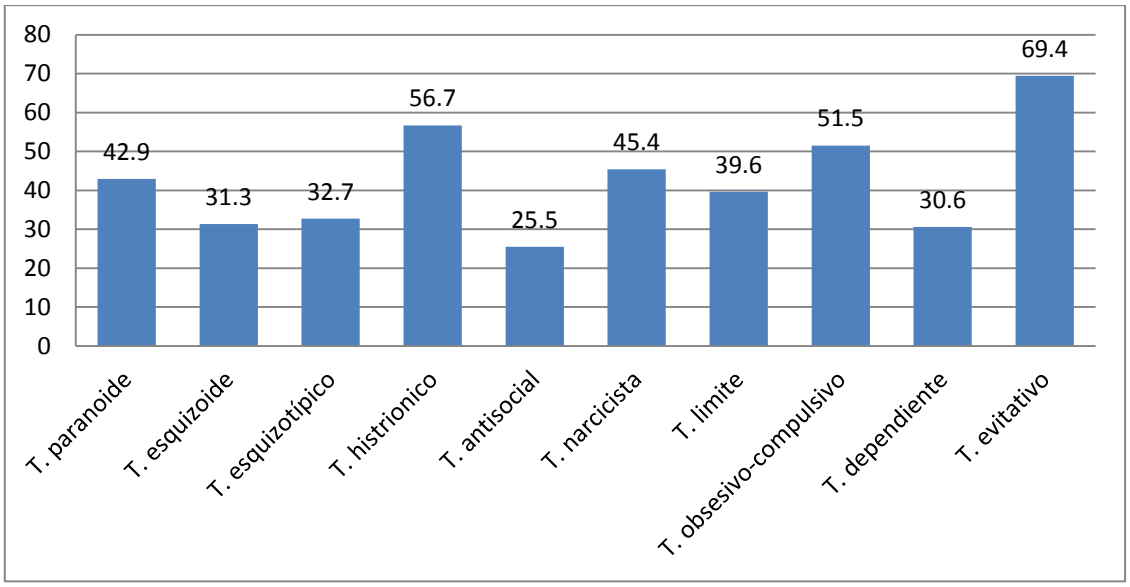
Según la bibliografía revisada [61 69] y de acuerdo a lo indicado para el tipo de población con la que fue realizada esta investigación se optó por un punto de corte de 4 para el análisis de cada uno de los tipos de trastornos de personalidad. En la tabla 8 se muestra la frecuencia por debajo y por encima del punto de corte establecido.

Tabla 8: Prevalencias de los trastornos de la personalidad

Trastorno	*Punto de corte*	*f*	*N*
Paranoide	*< 4*	56	98
	> 4	42	
Esquizoide	*< 4*	66	96
	> 4	30	
Esquizotípico	*< 4*	66	98
	> 4	32	
Histriónico	*< 4*	42	97
	> 4	55	
Antisocial	*< 4*	73	98
	> 4	25	
Narcisista	*< 4*	53	97
	> 4	44	
Límite	*< 4*	58	96
	> 4	38	
Obsesivo-compuls.	*< 4*	47	97
	> 4	50	
Dependiente	*< 4*	68	98
	> 4	30	
Evitativo	*< 4*	30	98
	> 4	68	

En el gráfico 1 observamos que los trastornos de la personalidad más frecuentemente encontrados son en primer lugar el evitativo (69,4%) el histriónico (56,7%) y el obsesivo compulsivo (51,5%), seguido por el trastorno paranoide (42,9%) y el narcisista (45,6%).

Gráfico 1: Porcentajes por tipos de trastornos de personalidad



La tabla 9 compara estos resultados con un estudio realizado en España con una muestra de población de detenidos, en donde se utilizó el mismo punto de corte que en el presente trabajo [69]. En el apartado siguiente se profundizará en el análisis de la misma.

Tabla 9: Comparativo de prevalencia de trastornos de personalidad

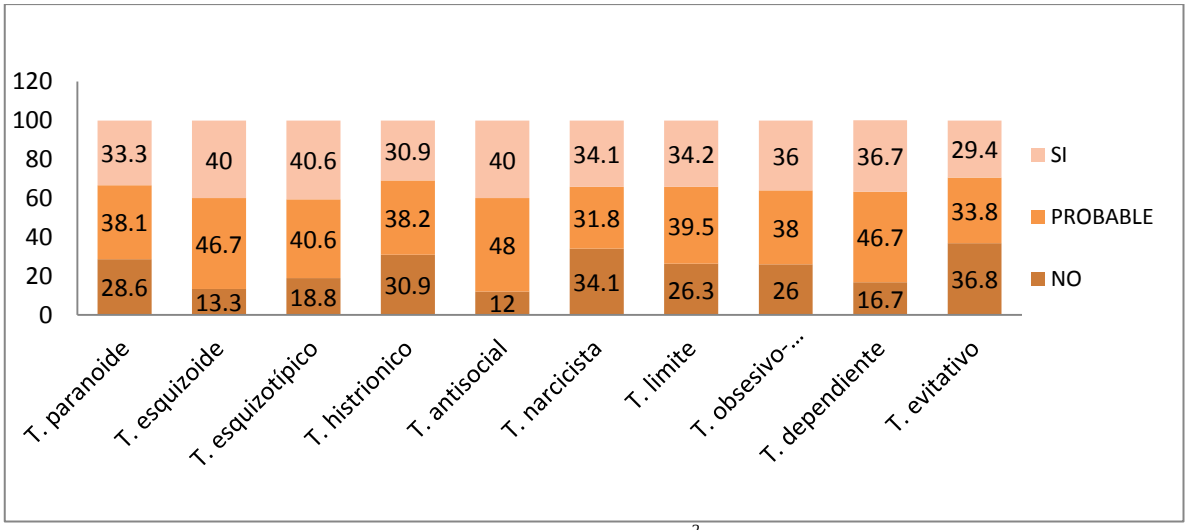
		% López, Lafuente, García. 2006	% Perrone 2015	Diferencia
Tipo de trastorno	Paranoide	41,1 %	42,9 %	> 1,8%
	Esquizoide	23,3 %	31,3 %	> 8,0%
	Esquizotípico	30,1 %	32,7 %	> 2,6%
	Histriónico	40,3 %	56,7 %	> 16,4%
	Antisocial	47,5 %	25,5 %	< 22%
	Narcisista	59,7 %	45,4 %	< 14,3%
	Limite	28 %	39,6 %	> 11,6%
	Obsesivo-compuls.	63,6 %	51,5 %	< 12,1%
	Dependiente	44,9 %	30,6 %	< 14,3%
	Evitativo	30,1 %	69,4 %	> 39,3%

En el gráfico 2 se muestra la exploración de la relación entre la aparición de un diagnóstico de trastorno de personalidad de acuerdo al IPDE (tomando 4 como punto de corte) y la puntuación final (si/probable/no) de trastornos de personalidad en el ítem H7 del HCR-20 versión 3. Esto es de acuerdo a la síntesis a la cual se arribó habiendo cotejado información con otras fuentes como los diagnósticos realizados en el penal y las entrevistas clínicas realizadas en la institución con cada uno de los participantes del estudio.

Puede observarse una distribución homogénea entre los sujetos que puntuaron por encima del punto de corte en el IPDE y quienes finalmente fueron codificados con Si en el ítem H7, oscilando los porcentajes entre un 30 y 40 %. Se observa que la dispersión es mayor en los sujetos que puntuaron probable o no.

Solamente en dos de los diez trastornos haber puntuado por encima del punto de corte incrementó la probabilidad de recibir una codificación de Si o Probable en el H7, tal es el caso del trastorno esquizoide y el antisocial.

Gráfico 2: Relación entre subescalas del IPDE y H7



Nota: Sólo presentaron p<0,05 el trastorno esquizoide: (X^2 (2, N=96)=7,97, p<0,05) y el trastorno antisocial: (X^2 (2, N=98)=7,07, p<0,05).

3.4. Relación entre los factores de riesgo y las tipologías delictivas

Esta relación se estableció agrupando la muestra en tres categorías según la gravedad del delito: delitos violentos leves, violentos graves y violentos muy graves. Es importante destacar que esta clasificación se realizó siguiendo un criterio conductual, en base a los delitos por los cuales los sujetos se encontraban cumpliendo condena, sin tomar en cuenta otras conductas antisociales que pudieran haber cometido. En la categoría *delitos violentos leves* (N=13) se incluyeron todos los actos en donde existe una agresión indirecta hacia la víctima o bien misma es indeterminada, por ejemplo delitos de tráficos de drogas. En la *categoría delitos violentos graves* (N=56) se incluyen todos los actos que implican amenazas directas a las víctimas pero sin implicar daños físicos graves o permanentes, por ejemplo robo calificado por el uso de arma. Por último en la categoría *delitos violentos muy graves* (N=31) se incluyen los actos que atentan directamente contra la vida y/o la integridad sexual de las víctimas y de los cuales resultan daños permanentes o graves en las mismas (por ejemplo homicidios o abusos sexuales). El único ítem que se diferenció significativamente entre los grupos fue el C4 inestabilidad.

Tabla 10: Relación entre tipo de delito y factores de riesgo

	Violentos leves		*Violentos graves*		*Violentos muy graves*	
	SI	***PROBABLE***	**SI**	***PROBABLE***	**SI**	***PROBABLE***
H1	11.0	*21,4*	61,0	*35,7*	28,0	*42,9*
H2	10,8	*25,0*	60,8	*41,7*	28,4	*33,3*
H3	8,2	*14,8*	51,0	*66,7*	40,8	*18,5*
H4	11,8	*10,5*	64,7	*63,2*	23,5	*26,3*
H5	13,2	*20,0*	57,4	*53,3*	29,4	*26,7*
H6	0	*0*	0	*1*	1	*1*
H7	6,7	*16,7*	56,7	*50,0*	36,7	*33,3*
H8	12,5	*10,5*	56,3	*42,1*	31,3	*47,4*
H9	9,5	*21,4*	62,2	*50,0*	28,4	*28,6*
H10	0,0	*13,6*	84,2	*59,1*	15,8	*27,3*
C1	8,2	*17,2*	57,1	*21,7*	34,7	*31,0*
C2	20,1	*13,3*	60,0	*66,7*	20,0	*20,0*
C3	0,0	*0,0*	100	*50*	0,0	*50,0*
*C4 **	6,3	*17,2*	81,3	*65,5*	12,5	*17,2*
C5	12,5	*7,1*	68,8	*71,4*	18,8	*21,4*
R1	16,7	*6,8*	50,0	*65,9*	33,3	*27,3*
R2	15,2	*16,0*	67,4	*48,0*	17,4	*36,0*
R3	11,5	*20,8*	55,8	*54,2*	32,7	*25,0*
R4	6,3	*13,6*	75,0	*54,5*	18,8	*31,8*
R5	13,5	*9,1*	55,4	*63,6*	31,1	*27,3*

** Nota: C4 es el único que presenta un $p<0,05$ (X^2 (4, N=100)=11,12, $p<0,05$).*

3.5. Nivel de riesgo de reincidencia

La valoración final de riesgo se realizó de dos maneras:

Por un lado tomando la suma total de los factores de riesgo según los valores numéricos, de esta manera se encuentra sobre una N de 100 un valor mínimo de 4 y máximo de 38, con una media de 20,88 y desviación estándar de 6,40.

Por otro lado, según se muestra en la tabla 11 y tal como lo recomiendan los autores del instrumento, se realizó una valoración final clínica de riesgo que divide la muestra en riesgo bajo, medio y alto. Los resultados muestran que la mayor cantidad de sujetos se ubican en un nivel de riesgo moderado.

Tabla 11: Valoración clínica final de riesgo

Riesgo	*f*	*%*	*% val*
Bajo	19	19,0	19,0
Moderado	56	56,0	56,0
Alto	25	25,0	25,0

4. DISCUSIÓN

En este capítulo se comentan los objetivos propuestos y alcanzados, se consideran los resultados obtenidos y su comparación con estudios similares, para ello se recuperan los contenidos expuestos en la sección del marco teórico del trabajo que dan cuenta del cuerpo de conocimientos científicos disponibles previamente sobre el tema de estudio que se aborda en este trabajo.

La presentación estará organizada en primer lugar por el análisis de las características particulares de la muestra y, luego, en función a los objetivos propuestos.

4.1. Conformación de la muestra y datos sociodemográficos

Como puede observarse la distribución de la muestra en un 75% de los casos son provenientes de la ciudad capital de la provincia y un 25% del interior provincial, estos porcentajes resultan coincidentes con la totalidad de los casos de las personas que asisten a la institución, en la delegación capital.

En comparación con un estudio realizado por SEDRONAR en el 2009 [66] en donde se entrevistaron un total de 2988 personas privadas de la libertad en 73 establecimientos penales de todo el país, se encontró que el grupo de sujetos de 25 a 34 años fue la población mayoritaria (estando presente en un porcentaje del 43%) siendo la media de 32,5 años. Esto resulta coincidente con la media de edad de la población de nuestro estudio que es 32,5 años.

En cuanto a los datos educacionales se observa un bajo nivel educativo ya que el 81% de los participantes no ha finalizado sus estudios básicos (tanto primarios como secundarios). En comparación con el mismo estudio mencionado en párrafo anterior [66] encontramos resultados coincidentes ya que 8 de cada 10 detenidos no ha completado sus estudios básicos. En otro estudio realizado en población penitenciaria se concluye que la variable socio-demográfica educación presenta una asociación significativa con la emergencia de comportamientos violentos, se observa una mayor proporción de sujetos con baja educación en el grupo de estudio integrando por reincidentes en comparación con los no reincidentes [74].

La condición jurídica en la que se encuentran los sujetos al momento de este estudio es en un 97% de los casos libertad condicional, encontrando que el 3% restante se compone de suspensión de juicio a prueba y ejecución condicional. Esta distribución, tal como se ha mencionado anteriormente, se encuentra relacionada con los criterios de exclusión de la muestra en cuanto a la información disponible ya que en la mayoría de los

casos en los cuales se otorga el beneficio de libertad condicional se encuentra información más completa en el expediente institucional, lo cual no ocurre con las otras figuras jurídicas, esto es así solo a causa de cuestiones administrativas en los procedimientos judiciales y no guarda relación con características particulares de los sujetos.

4.2. Prevalencia de factores de riesgos históricos, clínicos y de gestión del riesgo

En relación a las puntuaciones generales de las escalas se observa que en los *ítems históricos,* que evalúan la dimensión temporal pasado, aparecen altos porcentajes en la mayoría de los ítems, resultando una media de 12,04, esto puede explicarse de acuerdo a las características de la muestra que resultan un componente determinante para la puntuación de esta escala (sujetos condenados por haber cometido diferentes tipos de delitos, en su gran mayoría violentos).

En los *ítems clínicos,* que evalúan la dimensión temporal presente, en general se encuentran porcentajes bajos, resultando una media de 2,63, esto resulta esperable debido a que se trabaja con una muestra no clínica sino penitenciaria.

En cuanto a los *ítems de gestión de riesgo,* que evalúan la dimensión temporal futuro se observan puntuaciones medias más elevadas en la mayoría de los ítems, resultando una puntuación media de 6,21.

Distintas investigaciones internacionales en contextos forenses informan puntuaciones similares en todas las escalas. Según los datos presentados una investigación llevada a cabo en Estados Unidos en el año 2013 [75], donde fueron examinados entre 5187 reclusos condenados a cadena perpetua indeterminada con el fin de tomar decisiones en la concesión o denegación de la libertad anticipada por parte de los tribunales, en la escala histórica se informa una media de 10.40, en la escala clínica 2,83 y en la de gestión de riesgo de 4,92. Las diferencias en las puntuaciones fundamentalmente en la escala relacionada con el riesgo contextual, si bien no son significativas, pueden deberse a las particularidades socioculturales de cada contexto en donde se realizaron ambos estudios.

En otro estudio realizado en 2011 [76] en donde se llevó a cabo un estudio prospectivo de 1125 varones reclusos en el Reino Unido y se realizó un seguimiento durante una media de 3,31 años después de su liberación, se resalta que la subescala histórica fue la que demostró el efecto diferencial más alto entre las tres subescalas en cuanto a la emergencia de reincidencia violenta, resultando una media de 13,07. La escala clínica muestra una media de 4,08, mientras que la escala de riesgo presenta una media de 5,06.

Tal como puede observarse existe una coincidencia general en las puntuaciones encontradas en el presente estudio en comparación con los hallazgos de investigaciones en población penitenciaria realizados en diferentes países y particularmente en la escala histórica, ya que, tal como se explicaba anteriormente, las características de la muestra determinan la aparición de un puntaje elevado en esta escala.

A continuación examinaremos los puntajes hallados por cada subescala de manera detallada:

Escala histórica:

Los factores de riesgo con más presencia en la escala histórica serán presentados en función de la mayor frecuencia de aparición. Los que presentan mayor prevalencia son el *H1 Historia de violencia, H2 Otras conductas antisociales no violentas* y el *H9 Actitudes violentas.* En todos los casos estos porcentajes resultan esperables por las particularidades de la muestra con la que trabajamos en el presente estudio.

El caso de *H5 Problemas asociados al uso de sustancias* consideramos que merece especial atención ya que, según lo revisado en investigaciones previas [74] [77] así como también lo observado en las entrevistas con los participantes de la investigación, se constituye como un factor de riesgo relevante en relación a la emergencia de comportamientos violentos en el pasado. Según los hallazgos de investigaciones llevadas a cabo por organismos oficiales en nuestro país [66], los porcentajes de consumo en población penitenciaria se encuentran alrededor del 65%. Mientras 6,4 de cada 10 personas privadas de libertad consumieron alguna vez una droga ilícita, en la población general encontramos que son 1,7 de cada 10, según el Estudio Nacional en Hogares del año 2006 [78]. Por tanto, en el consumo de todas las drogas ilícitas, la población privada de libertad por lo menos triplica el uso de alguna vez en la vida a la población general.

En la muestra analizada aparece en un 68% de los casos el consumo de sustancias como un factor presente, lo cual implica un consumo problemático en algún momento de la vida, 15% con una presencia probable y sólo en un 17% de los casos con ausencia total de consumo problemático de sustancias. Además por medio de las entrevistas clínicas realizadas pudo observarse que, en la mayoría de los casos la edad de inicio de consumo resulta temprana encontrando en la mayoría de los casos la edad de inicio alrededor de los 12 años de edad.

Un estudio realizado en un contexto similar al del presente, en población penitenciaria de la localidad de La Plata, y publicada en el año 2006 [77], para el cual también se utiliza una definición operativa de problemas asociados al uso de sustancias sobre la base de la HCR 20, se observa que los porcentajes encontrados son similares. (Problemas definidos/graves 54,9% - Problemas posibles/leves 20,3% - Sin problemas 24,865%).

Es importante destacar que en los relatos de las experiencias de inicio de consumo de sustancias se observa que, en la mayoría de los casos, resulta coincidente con el inicio de las carreras delictivas. Ambas prácticas suelen darse en un marco socio cultural en donde

estas actividades se encuentran legitimadas por la experiencia y, en alguna medida, naturalizadas por el contexto. Los entrevistados nacen y se construyen a sí mismos en contextos en donde estas manifestaciones se configuran dentro del horizonte de lo posible, como experiencias aprehendidas del entorno y en donde estas prácticas se constituyen en función de sentidos alternativos a los aprobados socialmente, que otorgan cierto margen a la hora de trazar las trayectorias individuales. El sistema de referencias a partir del cual miden lo sucedido en su entorno se construye en base a códigos propios que emergen en este mismo contexto. Podemos encontrar como el delito se configura como una actividad recurrente a nivel grupal y en muchos casos compartida con hermanos y primos [65].

Otro porcentaje llamativo aparece en *H8 Experiencias traumáticas*, en donde solamente en el 17% de los casos no se encontraron este tipo de acontecimientos en la historia del sujeto. Los hallazgos de investigaciones en poblaciones penitenciarias muestran, coincidentemente con los resultados de nuestra investigación, altos índices de sujetos encarcelados que han sufrido algún tipo de abuso [30], hallando en algunos casos porcentajes del 65,4% [79]. Se observó que la mayoría de estas experiencias de índole traumático se han dado en contextos familiares apareciendo con frecuencia episodios de violencia familiar en ocasiones relacionados con consumo de sustancias de los padres, muertes de familiares cercanos (padre, madre, hermanos), abandono por parte de los padres y/o madres quedando éstos sujetos al cuidado de otros familiares como abuelas, tíos, etc.

De acuerdo a los hallazgos previos se sabe que la falta de apoyo social familiar adecuado se encuentra asociado tanto al inicio como a la continuidad en la carrera criminal [28]. Por otro lado, otros estudios confirman también la existencia de la transmisión intergeneracional del “oficio” de delinquir y la procedencia de porcentajes importantes de población reclusa de núcleos de crianza con un familiar que estuvo en prisión, con consumo de drogas abusivo en alguno de los miembros y con violencia física y sexual [80]. En una investigación realizada en Colombia [81] se encuentra con frecuencia que los sujetos encarcelados fueron criados en hogares con ausencia del padre biológico y/o con una disciplina rígida, frecuentes castigos físicos, lo que llevaba al hijo varón a un abandono temprano del hogar.

De acuerdo a estos hallazgos es que resulta esperable entonces que el porcentaje arrojado en el ítem *H3 Problemas en las relaciones personales* (que se define en torno a las relaciones íntimas y relaciones no íntimas como familia, amigos y conocidos, no profesionales ni comerciales) aparezca también en un porcentaje elevado, encontrándose ausente en el 24% de los casos.

En el *H4 Problemas de empleo* en el 30 % de los casos están ausentes, encontrando una aparición importante de esta problemática. En el 51% de los casos se observa una clara presencia de este factor de riesgo en la historia del sujeto y una presencia probable en el 19% de los casos. Cabe resaltar que la mayoría de la población entrevistada refirió haber desarrollado diversas actividades laborales en el trascurso de su historia de vida, aunque de muy baja calificación, esto se encuentra vinculado además con bajo nivel educativo. En el informe sobre consumo de drogas en población penitenciaria [65] se pone de manifiesto que, a pesar de que porcentaje mayoritario de la población privada de libertad se encuentra ocupado laboralmente, es muy bajo el nivel socio-ocupacional, variable creada con la información del nivel educativo y con la inserción laboral de los entrevistados. Se resalta en el mencionado estudio que, teniendo en cuenta los bajos niveles educativos y laborales, claramente este indicador socio-ocupacional es en promedio bajo: el 70% se ubica en la categoría más baja y el siguiente 15% en el nivel medio-bajo.

En esta línea, las prácticas y construcciones de sentido en torno al trabajo, que aparecen en las historias de vida de estos sujetos, muestran una continuidad que se centra fundamentalmente en la debilidad, la intermitencia y la precariedad de las relaciones laborales de los entrevistados. Las experiencias ligadas al trabajo, en su gran mayoría, se caracterizan por un entrar y salir del mercado de trabajo con cierta asiduidad, dinámica que se interrumpe con largos períodos fuera de él, es decir, son trabajos de corta duración. A su vez, en estos períodos donde se incorporan al mercado de trabajo, lo hacen a partir de empleos de muy baja calificación y de una extrema precariedad: bajas remuneraciones, jornadas de trabajo extendidas en el tiempo, con casi nulos beneficios de seguro o seguridad social y sin ninguna certeza de la continuidad laboral. También aparecen casos de actividades sin relación de dependencia salarial, como “cartonear” o la venta ambulante, en algunos casos con inicio en la niñez [65].

Podríamos decir que de los relatos de los sujetos se desprenden trayectorias de vida fundamentalmente atravesadas por la ruptura con los ámbitos tradicionales de socialización. Una vinculación tenue y en algunos casos prácticamente ausente con el mundo del trabajo, y experiencias fallidas de escolarización, en el marco de núcleos familiares desmembrados y atravesados por la conflictividad de los vínculos primarios, forman parte de un contexto general que enmarca casi la totalidad de los relatos. Las diferentes dimensiones de vida son reconstruidas por los entrevistados en sus relatos bajo la lógica de la ruptura, del quiebre.

El ítem *H6 Trastorno mental grave*, presenta el porcentaje más bajo dentro de los ítems históricos, encontrándose ausente en un 97% de los casos, esto resulta esperable ya

que no estamos ante una muestra clínica sino penitenciaria. Por este motivo, y para establecer el papel de la enfermedad mental en la comisión de delitos debemos tener en cuenta los siguientes aspectos: por un lado, las diferencias en prevalencias entre los estudios pueden ser debidas a las diferentes entre establecimientos o centros, de manera que se encontrarán prevalencias más altas en unidades especializadas en la atención a delincuentes con trastornos mentales. Por otro lado, los sujetos que cometen un delito bajo el influjo determinante de un trastorno mental deben ser declarados inimputables por los jueces, es decir sin responsabilidad penal, lo que hace que no sean encarcelados. Según estudios previos en población forense [74] la presencia de trastornos mentales no ha resultado estadísticamente significativa como variable pronóstico de reincidencia delictiva pero en el análisis de ese factor se pudo advertir una diferencia en la tendencia del tipo de delito cometido entre el grupo de personas con diagnóstico de psicosis y el grupo de personas con trastornos de la personalidad. Según estas investigaciones los sujetos con diagnóstico de psicosis tienden a cometer delitos que afectan a las personas generalmente cercanas al núcleo familiar, mientras que en el grupo de los trastornos de la personalidad la modalidad de delito se vinculaba a la obtención de un beneficio económico por lo cual cuadraba dentro de los delitos contra la propiedad en mayor medida.

El *H7 Trastorno de personalidad* es el ítem con una distribución más pareja en las categorías presente, probable y ausente. Encontramos ausencia total en el 34% de los casos, en el 30% una clara presencia y en 36% probable presencia. Este ítem será posteriormente objeto de un análisis más detallado en el objetivo propuesto que hace referencia especial a esto.

Por último el *H10 Pobre respuesta al tratamiento*, en un 59% de los casos este ítem se encuentra ausente, es decir los sujetos han tenido una buena respuesta al tratamiento.

En relación a esto y de acuerdo a un metaanálisis que examina las investigaciones acerca del tratamiento de los delincuentes en prisión y cuyo propósito fue identificar predictores de la deserción de tratamiento de los delincuentes y examinar su relación con la reincidencia (el examen abarcó 114 estudios que representan a 41.438 delincuentes) los reclusos que no completaron el tratamiento resultaron delincuentes de mayor riesgo. En las conclusiones de la investigación se expone que los pacientes que se benefician más del tratamiento (es decir, de alto riesgo, altas necesidades) son los menos propensos a completarlo [82].

Sin embargo se cree que para realizar un acabado análisis de este ítem deben tenerse en cuenta dos aspectos: en la presente investigación se toma el tratamiento en el pasado como el tratamiento penitenciario cuya evolución y desarrollo constan en los informes de

pre libertad elaborados por los técnicos de los diferentes centros de detención donde estuvieron alojados los sujetos participantes. Se opta por esta decisión operativa ya que en la mayoría de los casos y al no estar trabajando con una muestra clínica, no se encuentra en la historia del sujeto la realización de otro tipo de tratamiento. Sin embargo, en los casos en los cuales los participantes atravesaron otro tipo de tratamiento (por ejemplo un proceso psicoterapéutico o de desintoxicación del uso de sustancias) estos también se incluyeron en la puntuación de este ítem, tal como lo indica el manual del instrumento [48].

Por otro lado también debe tenerse en cuenta que la población estudiada está compuesta por personas clasificadas como primarios legales, es decir personas que hasta el momento en el que fueron incluidos en esta investigación, no habían reincidido en el delito. Esto puede dar cuenta que el tratamiento penitenciario ha sido efectivo en más de la mitad de los casos. Sin embargo también debe tenerse en cuenta que los informes revisados pueden incluir sesgos tanto profesionales como institucionales siendo esta una interesante directriz para la puesta en marcha de nuevas investigaciones. Es decir que consideramos que la puntuación resultante de este ítem resulta un hallazgo significativo sólo a modo orientativo y fundamentalmente a los fines de la formulación de nuevas hipótesis de investigación ya que fue evaluado de manera aislada y por medio de un recurso indirecto que puede no haber resultado lo suficientemente confiable y consistente.

Escala clínica:

En relación a la escala clínica debemos tener en cuenta para su análisis que trabajamos con una muestra que es esperable que no presente trastornos psiquiátricos graves, es decir no es una muestra clínica, por lo cual las puntuaciones en la mayoría de las sub escalas resultan bajas.

A continuación realizaremos una revisión exhaustiva de cada ítem:

El *C1 Escaso insight* se presenta como el factor de riesgo más prevalente en la escala clínica, encontrándose presente en un 49% de los casos y de presencia probable en un 29% de los casos. Sólo aparece ausente, es decir encontramos en el sujeto evaluado mayor capacidad de introspección en un 22% de los casos. Es importante aclarar que este factor de riesgo fue definido en función de la relación del evaluado en tres aspectos: con el trastorno mental, con el riesgo de violencia y con la necesidad de tratamiento.

Algunas investigaciones, realizadas en muestras de pacientes psiquiátricos, señalan que, los pacientes que presentan mayor hostilidad tienen un menor insight. Por esto recomiendan que las estrategias terapéuticas encaminadas a aumentar el grado de insight

del sujeto pudieran ayudar a disminuir indirectamente el grado de hostilidad y proporcionar un mejor control de impulsos [83].

El insight en relación a la salud mental hace referencia a la percepción del individuo sobre sí mismo en relación a la que tiene su entorno comunitario. Observamos, por la experiencia clínica, que el escaso insight resulta una parte muy importante de la problemática relacionada con la salud mental en este tipo de poblaciones y es parte importante de la intervención específica del psicólogo en esta área. Sin embargo las investigaciones sobre este constructo clínico tienden a ser escasas en nuestro medio, esto puede estar vinculado a las dificultades en la definición de la variable [83]. Si bien sabemos que el escaso insight está relacionado con el riesgo de aparición de conductas violentas es poco lo que sabemos acerca de si los delincuentes experimentan un insight repentino hacia el desistimiento o bien es un proceso gradual. Sabemos que en población condenada por agresiones de tipo sexual existe a menudo una fuerte negación, minimización y justificación de sus actos por lo que es muy difícil entonces aplicar programas de tratamiento eficaces [84].

La *Inestabilidad conductual C4* está ausente en un 55% de los casos, es decir que casi la mitad de la muestra se encuentra en la actualidad estable a nivel conductual, así como el *C2 Ideación o intentos de violencia* se encuentra ausente en un 80% de los casos. Estos resultan indicadores importantes, y de buen pronóstico, para la planificación de tratamientos y políticas de gestión institucional.

Con respecto al *C5 Pobre respuesta al tratamiento* en la actualidad del evaluado, observamos que está ausente en un 70% de los casos, un porcentaje considerablemente mayor si los comparamos con el ítem histórico que evalúa la misma variable en la dimensión histórica. Es importante aclarar que la puntuación de este ítem se realizó en función de las entrevistas y el compromiso con las tareas propuestas. Esto seguramente se vincula con el contexto en donde se lleva a cabo la investigación, ya que si bien se les explicó a los participantes de la investigación acerca de las opción voluntaria de participación en la misma y se realizó el consentimiento informado, la impronta de control que tiene la institución sabemos que a menudo realiza una influencia directa o indirecta en los resultados, intentando mostrarse colaboradores con las actividades propuestas.

El *C3 Síntomas de trastorno mental grave* se encuentra ausente en un 97% de los casos, en idéntico porcentaje al hallado en el ítem que evalúa la misma categoría en el plano de lo histórico. Los hallazgos de investigación [60] muestran que los pacientes psiquiátricos, ya sea que estén ingresados o en la comunidad muestran tasas mayores de conducta violenta que las personas sin trastorno mental, y las personas que están o han

estado en prisión tienen un mayor riesgo que la población general de tener enfermedad mental severa. Sin embargo, comparado con la magnitud del riesgo asociado a los trastornos por abuso de sustancias o a los trastornos de personalidad, el riesgo asociado con los trastornos mentales severos es pequeño y comparable a las personas con edad joven, género masculino y nivel educativo bajo, además parece estar ligado a constelaciones sintomáticas particulares. En las comparaciones entre diferentes grupos de pacientes, y también con la población general, se ha visto que ciertas variables como los síntomas psicóticos, los problemas relacionados al consumo de alcohol y drogas, o los trastornos de personalidad, en especial el antisocial y la psicopatía, son factores que aumentan significativamente el riesgo de violencia, aun en personas que no tienen un diagnóstico primario de trastorno mental grave [14].

Escala de gestión de riesgo:

En cuanto a la escala de gestión de riesgo encontramos que resulta ser la más variable en la comparación con investigaciones en poblaciones forenses [75 76], resultando la media más elevada en nuestro estudio. Creemos que esto guarda relación con las diferencias socio-culturales de los países donde fueron realizados estos estudios, ya que esta escala resulta particularmente sensible a estas modificaciones según las condiciones sociales donde residen y desarrollan su cotidianeidad los sujetos.

A continuación realizamos una revisión exhaustiva de la puntuación de cada ítem:

El *R1 Planificación inadecuada de los servicios* en un 54% de los casos encontramos que se encuentran inadecuadamente planificados y en 44% probablemente inadecuadamente planificados. Solo en un 2% de los casos se encuentran planificados adecuadamente.

Se considera que este alto porcentaje señala falencias graves en la planificación de las políticas postpenitenciarias en nuestro contexto, resultando coincidente con lo planteado en apartados anteriores. Algunos autores que realizan investigaciones sobre esta problemática en nuestro contexto [12 10], sostienen que la ayuda social estatal en este sentido es escasa, los recursos con que cuentan Patronatos de Liberados son insuficientes tanto en los aspectos materiales como humanos. No prevén convenios suficientes y/o eficaces con otros organismos del estado responsables de la salud, la vivienda, el empleo y la educación que permita a los liberados condicionales, transitar este proceso de transito mejor acompañados, así como tampoco hay recursos generados especialmente para esta población.

El *R2 Problemas en las condiciones de vida*, está ausente en un 29% de los casos, es decir que en la mayoría de los casos hay problemas vinculados al contexto barrial y/o familiar de los sujetos evaluados. En general las personas que enfrentan el período de libertad condicional vuelven a los mismos lugares desde donde salieron, poco o mucho tiempo después. En cualquier caso encontrarán a su barrio o vecindario en las mismas o peores condiciones de cuando se fueron a causa de su la detención. También sabemos que este grupo poblacional tiende a concentrarse en vecindarios que se caracterizan por altas tasas de pobreza y otras desventajas sociales. Se trata de zonas sociales marginales, de empleo de baja calificación o inestable, de insuficiente nivel educativo y de viviendas precarias donde todo el conjunto poblacional hace esfuerzos para sobrevivir y mantener las mínimas condiciones que se necesitan para una vida digna [10].

Aun cuando la pobreza no es la única causa de la delincuencia, está asociada a ella, en conjunto con otros factores como la desigualdad y la injusticia social [85], por esto es que el alto porcentaje obtenido en este ítem resulta un indicador muy importante a atender a los fines de la planificación de intervenciones. Sabemos que las características espaciales suelen tener gran influencia en el comportamiento criminal y asocial de un individuo. La proximidad del lugar donde se vive a un vecindario con problemas de seguridad, de drogas, con gran número de bares, son variables que pueden ser significativas en el momento de adquirir una conducta delincuencial. Adicionalmente, la asociación a personas que ya tienen un perfil criminal definido es un factor determinante sumado a la falta de oportunidades que es alta principalmente en aquellos vecindarios en donde los índices de criminalidad son también elevados [86] [5].

Este análisis puede también hacerse extensivo al alto porcentaje encontrado en el *R5 Exposición al estrés* en donde solo el 4% de la muestra es poco probable que se encuentre expuesto. Se cree que las condiciones del entorno antes expuestas resultan las variables determinantes a los resultados de la puntuación resultante en este ítem.

En el ítem *R3 Escaso soporte personal* observamos una ausencia en el 24 % de los casos. En relación a esto se sabe que tanto las variables individuales como las vinculadas al entorno inmediato familiar resultan muy importantes en la determinación del comportamiento criminal de un adulto joven principalmente. De igual manera, tal como mencionamos anteriormente, las variables del entorno juegan un papel fundamental en la formación de un delincuente potencial. Por lo tanto se considera que la obtención de un puntaje bajo en este ítem modera la gravedad de los entornos en donde habitan la mayor parte de la población estudiada (puntuada en el *R2*), ya que nos estaría indicando que, a

pesar de los entornos desfavorables, a nivel personal y/o familiar cuentan con ciertos recursos para la promoción de conductas saludables.

El *R4* que evalúa *Respuesta al tratamiento en el futuro*, está ausente en un 62% de los casos. Realizando una relación con los ítems que evalúan la misma dimensión pero en el período temporal histórico (H) y el presente (C) observamos que resulta una progresión negativa, es decir habría entonces una progresión negativa en la respuesta al tratamiento al cual, según estos hallazgos, cada vez responderían peor. Creemos que esto puede vincularse a las falencias en los programas de tratamiento y acompañamiento post penitenciarios que describimos anteriormente.

4.3. Trastornos de personalidad que aparecen con mayor frecuencia

Las investigaciones en esta área de la ciencia nos muestran que el rango de los trastornos de personalidad en reclusos es muy elevado, en estudios americanos y canadienses la prevalencia se sitúa entre el 50% y el 75% [60]. Sin embargo en el presente estudio encontramos que según el cuestionario abreviado IPDE los porcentajes arrojados son elevados en todos los trastornos de personalidad, siendo el valor más bajo 25%. La alta prevalencia en todos los trastornos de personalidad puede deberse a la utilización de un instrumento de screening que únicamente proporciona un perfil clínico y no un diagnóstico certero.

Tal como fuera presentado en el apartado anterior (ver Tabla 6) en la comparación con un estudio realizado en población forense en España [69], resulta llamativo que la categoría más elevada en nuestro estudio es la del trastorno evitativo (diferencia de 39,3% entre ambos estudios). Por este motivo es que consideramos que la aparición de este elevado valor, no tendría que ver con la aparición franca de la probabilidad de que este trastorno este presente sino que tiene que ver con el contexto donde se lleva a cabo el estudio. No debemos olvidarnos de las características particulares de la institución, lo cual introduce un sesgo en el estudio, por esto creemos que los sujetos evaluados muestran una tendencia al ocultamiento y a la inhibición por la fuerte impronta de control de la institución donde se lleva a cabo la presente investigación. Sin embargo en otras investigaciones también se encontraron niveles elevados en la aparición de este trastorno [63].

Otra de las categorías más elevadas en comparación con este estudio es el trastorno histriónico (56,7% diferencia de 16,4%), este porcentaje se encuentra sensiblemente por encima de los hallazgos en el estudio de referencia. Esto podría vincularse, al igual que en el trastorno evitativo con la presencia de simulación y la tendencia al ocultamiento típicas de este tipo de población [45].

Los tipos de trastornos de personalidad más implicados en la aparición de conducta violenta, según la bibliografía revisada [57 62], son el antisocial, el paranoide y el narcisista. En nuestra investigación encontramos que arrojan puntajes elevados el paranoide y el narcisista.

En cuanto al trastorno antisocial de la personalidad observamos una importante diferencia en los hallazgos de ambos estudios, apareciendo en nuestra investigación porcentajes más bajos. Investigaciones previas han demostrado una alta tasa de prevalencia de trastorno de personalidad antisocial de acuerdo a los criterios del Manual del DSM-IV,

los cuales varían entre 70 y 100 %. Debe tenerse en cuenta que los criterios de la serie de los manuales americanos DSM recibieron muchas críticas por estar muy restringidos a descripciones de comportamiento criminal y relegar aspectos tradicionales de la clínica. Una de las críticas principales de la definición del DSM-IV del trastorno de personalidad antisocial radica en que se sobre-diagnóstica en los ámbitos forenses y penitenciarios [87].

Sin embargo las tasas de prevalencia de psicopatía son mucho más bajas, si se intentan satisfacer los criterios diagnósticos de la Hare Psychopathy Checklist Revised - PCL:R [88], entonces sólo oscilan entre el 15 y el 28%. Localmente hubo estudios que hicieron aportes parciales al conocimiento del fenómeno. Por ejemplo, en muestras de homicidas representativas de la Provincia de Córdoba y del Departamento Judicial La Plata, se informó una prevalencia de psicopatía del 36,4 y 16,4 % respectivamente [62].

Nuestro estudio no puede concluir entonces que el trastorno antisocial es el de mayor prevalencia en nuestro medio. En este sentido encontramos que los resultados de los porcentajes encontrados en el presente estudio son más cercanos a los encontrados en muestras similares y contextos locales en donde se utiliza como instrumento de medición la PCL-R. Encontramos además que en un estudio venezolano [89] la prevalencia de este trastorno es de un 15%, más cercano a nuestros hallazgos, aunque sensiblemente más bajo.

También creemos que la puntuación arrojada en este ítem podría deberse al intento de los sujetos de "disimular" algunos rasgos de su personalidad que no le favorecerían en el contexto institucional en donde se realizó la presente investigación. Consideramos que algunas de las afirmaciones del IPDE que conducen a la puntuación positiva del trastorno antisocial de la personalidad tales como: *"normalmente me siento mal cuando hago daño o molesto a alguien", "suelo mentir o hacer trampas para lograr mis propósitos", pierdo el control y me meto en peleas" o "me resulta difícil no meterme en líos",* tienen una clara connotación negativa que es muy probable que los sujetos intenten ocultar.

Teniendo en cuenta las limitaciones que presenta el instrumento utilizado en el presente estudio por ser un instrumento de cribado que no presenta una alta fiabilidad (cuestionario abreviado IPDE), es que se decidió complementar la puntuación del ítem H7 Trastornos de personalidad con la realización de entrevista clínicas y el chequeo de informes psicológicos disponibles, con el objetivo de complementar los resultados arrojados por la escala IPDE (ver gráfico 2 en apartado resultados). En relación a esto observamos que existe una distribución pareja entre los sujetos que puntuaron por encima del punto de corte en IPDE y quienes finalmente puntuaron "Si" en el ítem trastornos de personalidad del HCR-20, resultando los porcentajes entre un 30 y 40%. Sin embargo la dispersión resulta mayor en los sujetos que puntuaron probable y no. Estos resultados

podrían indicar una menor sensibilidad del instrumento para la detección de los casos en los cuales no estaría presente el trastorno, por sobre los casos en los cuales es más probable que esté presente.

Se cree además que, independientemente del instrumento que utilicemos en el análisis de los trastornos de personalidad en este tipo de población, resulta de mucha influencia, y por lo tanto no debe desconocerse en el presente análisis, la aparición de respuestas "socialmente aceptadas" que pudieran llevar a encubrir o disimular algunos trastornos de personalidad, tal como resulta del análisis de la escala del trastorno evitativo y que resultaron en algunos casos evidentes en las entrevistas clínicas realizadas.

Asimismo es importante resaltar que los estadísticos de correlación entre los puntajes IPDE y la puntuación final del H7 no han arrojado resultados estadísticos significativos en la mayoría de las escalas (ver Tabla 7).

4.4. Factores de riesgo presentes y tipologías delictivas

En relación a este punto no encontramos diferencias estadísticamente significativas en la mayoría de las categorías del HCR-20 (ver tabla 7) en función de los tipos de delitos -violentos leves, violentos graves y violentos muy graves, sólo en el caso del ítem C4 inestabilidad, en donde si se encuentra un valor de $p < 0,05$. Esto indica que el HCR-20 no es una herramienta diseñada para diferenciar sujetos por tipologías delictivas.

Asimismo, cabe resaltar, que se han intentado otras clasificaciones para la categoría "tipo de delito" (por ejemplo delitos contra la propiedad, contra la vida y sexuales), arribando en todos los casos a resultados sin correlaciones estadísticas significativas con los ítems del HCR-20.

Se observa que la única asociación significativa aparece entre tipo de delito y el C4 inestabilidad, en donde las puntuaciones más altas aparecen en la categoría violentos graves. Creemos que esto puede guardar relación con las características de la población ya que, en la categoría violentos graves encontramos no solamente un mayor número de sujetos sino que son en general más jóvenes, ya que han obteniendo su libertad anticipada a edades más tempranas que quienes integran la categoría violentos muy graves, y que por los daños irreparables que ha implicado su conducta han sido condenados a mayor tiempo en prisión. Como ya hemos reseñado en apartados anteriores diversas investigaciones ponen el foco en la edad como un factor de riesgo importante en la evolución de las carreras delictivas [26].

En cuanto a las diferencias entre tipos de delitos los autores solo establecen diferencias en los riesgos vinculados a lo situacional, es decir a las oportunidades delictivas [28]. Sin embargo no se encuentran en este estudio correlaciones significativas en la escala de gestión del riesgo.

4.5. Riesgo de reincidencia

La valoración final de riesgo, tal como se explicó en la sección resultados, se realizó de dos maneras: en la suma total de los factores de riesgo encontramos una media de 20,88. En relación a otras investigaciones [76 75] encontramos puntuaciones similares. Resulta llamativo el valor de la desviación estándar lo que está indicando una importante dispersión y heterogeneidad en la muestra, esto puede observarse también en los puntajes mínimos y máximos indicados.

En cuanto a la valoración clínica notamos que más de la mitad de los sujetos de la muestra se ubica en la categoría riesgo moderado (56%). Esto resulta ser un dato relevante ya que, si bien son personas que han sido condenadas por delitos en su mayoría violentos, se encuentran en la actualidad cumpliendo la última etapa de la ejecución de su pena en libertad en la comunidad.

La libertad condicional como instrumento de transición a la comunidad debería aplicarse principalmente a personas con un riesgo bajo de reincidencia mientras que, por el contrario, las personas con mayor probabilidad de cometer nuevos delitos finalizarían su condena en prisión. De acuerdo a los hallazgos de la presente investigación estaría actualmente siendo aplicada en nuestro contexto sin tomar en cuenta el nivel de riesgo de la persona que va a obtener este beneficio. Es decir esta figura jurídica estaría aplicándose en la práctica de manera automática, lo que implica que una vez cumplidas las dos terceras partes de la condena impuesta, todas o la mayoría de las personas son liberadas condicionalmente, y no de manera discrecional, en donde la decisión sobre la concesión de la misma requiere un juicio de pronóstico relativo a la capacidad de rehabilitación o probabilidad de reincidencia de la persona condenada [90].

De la revisión de la literatura sobre la efectividad de la libertad condicional para reducir el riesgo de reincidencia [90] surge que, en términos generales, finalizar la condena en libertad condicional resulta una forma más eficaz de prevenir la reincidencia que una liberación sin este instrumento. Respecto de los delincuentes de bajo riesgo de reincidencia, la investigación sobre si la libertad condicional es más efectiva que una liberación no condicional no proporciona resultados concluyentes, existen investigaciones que muestran que sí es efectiva y otras que muestran lo contrario [90]. Con referencia a delincuentes de alto riesgo de reincidencia, de la investigación existente puede extraerse que la libertad condicional con escasa intervención rehabilitadora no es efectiva aunque con un nivel elevado de intervención rehabilitadora sí es efectiva. Además que los programas de regreso escalonado a la comunidad en los que se trabajan las necesidades

criminógenas de la persona y el vínculo social, es decir los factores de riesgo más importantes, son los más efectivos [90].

4.6. Limitaciones del estudio

Como limitación más importante puede identificarse que los sujetos incluidos en este estudio son los liberados que efectivamente asisten a la institución de seguimiento post penitenciario, quedando excluidos quienes nunca se presentan a la misma, a pesar de la obligatoriedad de la norma.

Otra de las limitaciones que pueden identificarse es en relación a los informes provenientes de los penales donde estuvieron detenidos los sujetos y que fueron consultados para puntuar los protocolos del HCR 20 versión 3, ya que se observó que presentan poca fiabilidad, baja unicidad de criterios entre los distintos profesionales que los elaboran y escasa e incompleta información. Sin embargo se intentó disminuir la influencia de este factor por medio del uso de registros oficiales y entrevistas clínicas con los participantes.

5. CONCLUSIONES

El estudio que se ha presentado se planteó como objetivo la identificación de factores de riesgo asociados a la reincidencia delictiva en sujetos que se encuentren cumpliendo la última etapa de la ejecución de la pena. Consideramos que una de las principales fortalezas del presente trabajo reside en el contexto donde se lleva a cabo esta investigación. Por un lado porque no se han desarrollado anteriormente investigaciones similares a la presente en la ciudad de Córdoba, siendo la primera investigación que pone en práctica la tercera versión del HCR-20 en Latinoamérica. Por otro lado por haber sido la población objeto de estudio unos grupos de personas ya liberados e insertos en la comunidad por lo que pueden valorarse de manera más directa las condiciones contextuales reales de los sujetos. Además la exhaustividad con la que se realizó el procedimiento de recolección de datos puede indicarse como una de las mayores fortalezas del presente trabajo.

Se considera que aunque los instrumentos que se han utilizado provienen de contextos sociopolíticos y sanitarios diferentes al argentino, los resultados obtenidos no se diferenciaron sustancialmente de los reportados en otros países en muestras similares por lo que estarían demostrando que dichos instrumentos son útiles para la identificación de factores de riesgo de violencia en esta población. No obstante deberán llevarse a cabo investigaciones con otros tipos de diseños en donde pueda ponerse a prueba la validez predictiva del HCR-20 versión 3.

A continuación se exponen de forma concreta y resumida las conclusiones generales de este trabajo, cada una de las cuales intenta sintetizar e integrar los conceptos fundamentales extraídos del estudio y sus implicancias para la práctica profesional:

- *Los factores de riesgo estáticos tales como maltrato y/o negligencia infantil, deserción escolar, consumo de drogas a edades tempranas y problemas vinculados con el empleo representan problemas altamente prevalentes en esta población.*

Todos ellos suelen aparecer vinculados entre sí, aunque sin haber podido establecer un orden temporal específico, en las historias de los sujetos. Creemos que podría pensarse en la identificación del inicio temprano del abuso de sustancias como un emergente, una variable que podría englobar otras que pueden ser entendidas como causa o consecuencia de esa problemática, como son las disfunciones familiares, la deserción escolar, la falta de grupos sociales de apoyo y el desempleo.

Estos hallazgos toman especial relevancia para el diseño de programas de prevención primaria de la violencia y delincuencia, ya que conocer los factores de riesgo que están vinculados con la emergencia de conductas violentas en el pasado de los sujetos que actualmente están condenados por delitos en su mayoría violentos, permitiría generar políticas de prevención inespecíficas que apunten a la reducción de las posibilidades de la emergencia de violencia en nuestra sociedad.

- *Los factores de riesgo ambientales, tales como contextos barriales inseguros, problemática de tráfico y consumo de drogas en los contextos donde residen los individuos y problemas en las condiciones de vida aparecen con una alta prevalencia.*

Resulta interesante pensar las variables socio-demográficas y aspectos históricos de las personas como un conjunto de factores que se relacionan entre sí y condicionan las posibilidades de reinserción social, en los casos de sujetos que recuperan la libertad. Es decir sujetos que provienen de contextos en donde han experimentado experiencias traumáticas que aparecen de manera disruptiva en sus infancias y adolescencias, una vez que cumplen su condena detenidos y recuperan su libertad regresan a los mismos contextos, que presentan las mismas o peores condiciones.

Se considera que conocer el peso específico de cada uno de esos factores y la forma en la que interactúan entre sí arroja cierta luz sobre la manera de entender y abordar la problemática, no sólo desde el punto de vista técnico, es decir como profesionales que trabajamos con esta problemática, sino además desde el planteamiento direccional adecuado de las políticas públicas que favorezcan los procesos de regreso a la sociedad de este grupo de personas.

- *Los liberados condicionales presentan un riesgo de moderado a alto de incurrir en nuevas conductas violentas.*

De acuerdo a los datos arrojados por la presente investigación y teniendo en cuenta que los liberados de las cárceles tienen niveles elevados de riesgo de reincidencia siendo detectados diversos factores criminógenos sobre los que intervenir, es que creemos que sería necesario establecer una evaluación de la persona antes de la liberación, sobre cuya base se determinen las condiciones del seguimiento. En este sentido, sería razonable que existan diferentes programas en donde incluir al sujeto tanto, existiendo una modalidad de seguimiento cuando la persona presente bajo riesgo de reincidencia, y otra modalidad de intervención intensiva, que sería indicada en el caso de delincuentes de alto riesgo. Esto

permitiría una selectividad en los seguimientos en donde las características particulares del caso determinarían las acciones institucionales que se pondrían en marcha, además de una optimización de los recursos profesionales y materiales disponibles.

- *Los tratamientos post penitenciarios resultan deficitarios para brindar la contención necesaria de esta población en el período de libertad condicional.*

De acuerdo a los niveles de riesgo que arroja la presente investigación y las graves conflictivas socioeconómicas detectadas en la población estudiada creemos que los planes de tratamiento deberían adecuarse a estas circunstancias y proveer alternativas que puedan brindar contención a las personas liberadas con la finalidad de no reincidir en el delito.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización mundial de la salud. Resolución WHA49.25. Prevención de la violencia: una prioridad de salud pública. 49a Asamblea Mundial de la Salud; Ginebra: OMS; 1996
2. Organización mundial de la salud. Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud. Washington, D.C. OMS; 2002. Publicación científica y técnica No. 588.
3. Programa de las Naciones Unidad para el desarrollo (PNUD). Informe regional de desarrollo humano 2013-2014 Seguridad ciudadana con rostro humano: Diagnóstico y propuestas para América Latina 2013. Nueva York: PNUD; 2013.
4. Mollica R. Efectos psicosociales y sobre la salud mental de las situaciones de violencia colectiva. En: Salles P P. Actuaciones Psicosociales en Guerra y Violencia Política. Madrid: Ex Libris; 1999. p. 45-61.
5. Garrido V, Stangeland P, Redondo S. Principios de Criminología. 3rd ed. Barcelona: Tirant lo blanch; 2006.
6. Nuñez R C. Manual de derecho penal-Parte general. Córdoba: Marcos Lerner; 1999.
7. Procuración Penitenciaria de la Nación. Departamento de investigaciones. El Estado y la producción de información. Deficiencias y ausencias en el relevamiento y la producción de datos: El caso Argentina. Buenos Aires: Procuración Penitenciaria de la Nación; 2014. Informe estadístico.
8. Dirección Nacional de Política Criminal en materia de Justicia y Legislación Penal Subsecretaría de Política Criminal. Secretaría de Justicia. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos-Informe anual-República Argentina-SNEEP 2013. Buenos Aires: Ministerio de Justicia y Derechos Humanos-Sistema Nacional de estadistica sobre ejecución de la pena; 2013.
9. Dirección Nacional de Política Criminal en materia de Justicia y Legislación Penal Subsecretaría de Política Criminal. Secretaría de Justicia. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos-Informe anual-Provincia de Córdoba-SNEEP 2013. Buenos Aires: Ministerio de Justicia y Derechos Humanos-Sistema Nacional de estadistica sobre ejecución de la pena; 2013.
10. Kalinsky B. Condiciones del cumplimiento de la libertad condicional en Argentina-Un período de transición. Revista Derecho VALDIVIA. Dic 2012; XXV(2): p. 33-58.

11. Folino J O, Franklin-Escobar-Córdoba M. Nuevos aportes a la evaluación del riesgo de violencia. MedUNAB. Agosto 2004; 7(20): p. 99-105.
12. Nuñez J A. Notas para el estudio de los patronatos de liberados y excarcelados de las prisiones en España y la Argentina (1890-1918). Revista Historia del Derecho. Enero/Junio 2010; 39.
13. Comisión Provincial de la Memoria, Observatorio de Derechos Humanos UNC UNRC, Mesa de salud Mental y DDHH, Colectivo Cordobés por los Derechos de Niños, Niñas y Jóvenes. Mirar tras los muros. Situación de los Derechos Humanos de las personas privadas de libertad en Córdoba. Córdoba; 2013. [Consultado 28 de mayo de 2015]. Disponible en http://www.unc.edu.ar/extension-unc/vinculacion/observatorio-ddhh/informe-mirar-tras-los-muros
14. Arbach K. Predicción de la conducta violenta en pacientes psiquiátricos [Tesis doctoral] Barcelona: Programa de Doctorado en Psicologia clinica y de la salud. Bienio 2002-2004. Facultad de Psicología; 2007.
15. Steadman H, Cocozza J. Careers of the criminally insane: exessive social control of desviance. New York: Lexinton Books; 1974.
16. Loudet O. Los indices médicos-psicológicos y penales de la peligrosidad y la libertad condicional. Revista de Criminologia, Psiquiatria y Medicina Legal. Ene-Febr 1931;(103).
17. Mercurio E N. El Estado peligroso del delincuente 90 años después-Psiquiatría y prognosis criminal en el ambito de la ejecución de la pena. En: Determinación judicial de la pena y ejecución de la pena, compendio de doctrinas [Libro electrónico]. p. 353-376. Buenos Aires: Dirección Nacional del Sistema Argentino de Información Jurídica; 2014; [Consultado 8 de junio de 2015] Disponible en: http://www.mpf.gov.ar/docs/RepositorioB/Ebooks/qE1361.pdf
18. Monahan J. The prediction of violent behavior: Toward a second generation of theory and policy. January 1984; 141(1): p. 10-15.
19. Folino J, Singh J, Condemarín C. El uso de instrumentos de riesgo de violencia en Argentina y Chile. Revista Criminalidad. Sep-Dic 2013; 55(3): p.279-290.
20. Hart S. The role of psychopthy in assessing risk for violence: Conceptual and methodological issues. Legal and Criminological Psychology. February 1998; 3(1): p.121–137.

21. Andrés-Pueyo A, Redondo-Illescas S. Predicción de la violencia: entre la peligrosidad y el riesgo de violencia. Papeles del Psicólogo. Sept-Dic 2007; 28(3): p.157-173.
22. Arbach-Lucioni K. ¿Como predecir el comportamiento violento? Dialogar [serie de internet]. Jul 1998 [consultado el 4 de mayo de 2015]. Disponible en: http://www.researchgate.net/publication/240478343. p.12.
23. Grove W M, Meehl P E. Comparative efficiency of informal (subjective, impressionistic) and formal (mechanical, algorithmic) prediction procedures: The clinical–statistical controversy. Psychology, Public Policy, and Law. 1996 June; 2(2): p. 296-323.
24. Dolan M, Doyle M. Violence risk prediction: Clinical and actuarial measures and the role of the Psychopathy Checklist. British journal of Psychiatry. 2000 October; 177: p.303-311.
25. Buchanan A. Risk and dangerousness. Psychological Medicine. 1999 March; 29(2): p.465-473.
26. Farrington D P. Criminal career research in the united kingdom. British Journal of Criminology. 1992; 32(4): p. 521-536.
27. Redondo-Illescas S, Andrés-Pueyo A. La psicología de la delincuencia. Señales. 2009 Diciembre; 1(5): p.10-26.
28. Redondo-Illescas S. Individuos, sociedades y oportunidades en la explicación y prevención del delito: Modelo del triple riesgo delictivo (TRD). Revista Española de Investigación Criminológica. 2008; 7(6). p.7-26
29. Andrews D A, Bonta J. The Psychology of Criminal Conduct. Fifty ed. Boyne. New York: Cicinnati; 2010.
30. Mulder R, Bran E, Bullens E. Risk Factors for Overall Recidivism and Severity of Recidivism in Serious Juvenile Offenders. Int J Offender Ther Comp Criminol. 2011 Febrero; 55(1): p.118-135.
31. Gendreau P, Little T, Goggin C. A metaanalysis of the predictors of adult offender recidivism: What works! Criminology. 1996 Noviembre; 34(4): p.575-607.
32. Webster C D, Douglas K S, Eaves D, Hart S D. Assessing the risk of violence-Versión 2. Health Mental. Vancouver: Simon Fraser University; 1997.
33. Douglas K S, Shaffer C, Adam J E, Blanchard M A, Guy L, Kim A; Reeves M A, Weir J. HCR-20 Violence risk assessment scheme. Overview and annotated bibliography. [Online].; 2014 [cited 2015 febrero 25]. Available from:

http://kdouglas.wordpress.com

34. Nguyen T, Arbach K, Andrés-Pueyo A. Factores de riesgo de la reincidencia violenta en población penitenciaria. Revista de Derecho penal y Criminología. 2011; 3(6): p.273-294.
35. Folino J. Evaluación de riesgo de violencia-HCR- 20 Versión en español, adaptada y comentada La Plata: Interfase forense; 2003.
36. De Borba T, Folino JO, Taborda J. Incidência de conduta violenta e antissocial em população psiquiátrica forense. Revista de Psiquiatria de Rio Grande do Sul. 2009; 33(1): p.3-7.
37. De Borba-Telles LE, Folino J, Taborda J. Reliability of the Brazilian version of HCR-20 assessing risk for violence. Revista Brasileira de Psiquiatria. 2009 Sept; 31(3): p.253-256.
38. León Meyer E, Asún S, Folino J. Confiabilidad y validez de la versión chilena de la Hare PCL-R. Revista Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia. 2010; 58(2): p.103-114.
39. León-Meyer E, Cortes M, Folino J. Descripción multidimensional de la población carcelaria chilena. Psicoperspectivas. 2014 enero; 13(1).
40. Salazar J, Ñustes J, Ramírez C. Factores de riesgo biopsicosocial que influyen en el desarrollo del trastorno disocial en adolescentes colombianos. Revista Internacional de Psicología. 2012 julio; 12(1).
41. Ruiz JI. Adaptación de la escala PCL-R 20 para evaluación de rasgos psicopáticos en una muestra carcelaria. Avances en Medición. 2006; 4(1): p.61-72.
42. Tejada P, Escobar-Córdoba F. Inimputabilidad y riesgo de violencia. Revista Colombiana de Psiquiatría. 2005; 34(1).
43. Singh J, Desmarais S, Hurducas. International Perspectives on the Practical Application of Violence Risk Assessment: A Global Survey of 44 countries. International Journal of Forensic Mental Health. Septiembre 2014; 13(3): p.193-206.
44. Ennis BJ, Litwack TR. Psychiatry and the presumption of expertise: Flipping coins in the courtroom. 1974 mayo; 62(3): p.693-752.
45. Echeburúa E, Muñoz J, Loinaz I. La evaluación psicológica forense frente a la evaluación clínica: propuestas y retos de futuro. International Journal of Clinical and Health Psychology. 2011; 11(1): p.141-159.

46. Andrés-Pueyo A, Arbach K. Peligrosidad y valoración del riesgo de violencia en contextos forenses. En (Coord.) Manual de Psicopatología Forense: Comportamiento Humano y Tribunales de Justicia. México DF: Ed. Manual Moderno; 2014. p.505-525.
47. Douglas K, Hart S, Webster C, Belfrage H. HCR-20 (Version 3): Assessing risk of violence – User guide. Mental Health LaPI. Burnaby: Simon Fraser University ; 2013.
48. Douglas K, Hart S, Webster C, Belfrage H. HCR-20 V3: Assessing risk for violence-User guide. HCR-20 V3: Valoración de riesgo de violencia-Guía del usuario. [En prensa]. Burnaby: Simon Fraser University; 2013. (versión española mayo 2015).
49. Galende E. Psicoánalisis y Salud mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica. 1st ed. Buenos Aires: Paidós; 1990.
50. Guerrero L. Trastornos de la personalidad. Influencias sobre la conducta delictiva y reepercusiones forenses en la juridicción penal. 2011. [Consultado el 19 de mayo de 2015] Disponible en: http://eprints.ucm.es/14431/1/T33360.pdf.
51. American Psychiatric Association (APA). DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales Barcelona: Masson; 2002.
52. World Health Organization. CIE 10: Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico; 1992.
53. Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J, Gasquet I. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. JAMA: the journal of the American Medical Association. 2004; 291(21): p.2581-2590.
54. Robins L, Regier D. Psychiatric disorders in America: the epidemiologic catchment area study. New York: The Free Press; 1991.
55. Kessler R, McGonagle K, Zhao S, Nelson C, Hughes M. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. Archives of general psychiatry. 1994; 51(1): p.8-19.
56. Campo-Arias A, Miranda C. Trastornos mentales más frecuentes: prevalencia y algunos factores sociodemográficos asociados. Revista Colombiana de Psiquiatría. 2008; 37(4): p.598-613.
57. Esbec E, Echeburúa E. Violencia y trastornos de la personalidad: implicaciones clínicas y forenses. Actas Españolas de Psiquiatria. 2010; 38(5): p.249-261.

58. Duggan C, Howard R. The ‘functional link’ between personality disorder and violence: A critical appraisal. In McMurran M, Howard R. Personality, personality disorder and violence. Reino Unido: Wiley-Blackwell; 2009. p.19-37.

59. Hard R. Diagnosis of antisocial personality disorder in two prison populations. The American Journal of Psychiatry. 1983; 140(7): p.887-890.

60. Fazel S, Danesh J. Serious disorder in 23.000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. The Lancet. 2002; 359: p.545-550.

61. Álvaro-Brun E, Vegue-González M. Validez del Cuestionario International Personality Disorder Examination (IPDE) en una muestra de población penitenciaria. Revista Española Sanidad Penitenciaria. 2008; 10(2): p.35-40.

62. Folino J. Trastorno antisocial de la personalidad en prisioneros. Revista de la Facultad de Ciencias Médicas. 2003 Septiembre; 1(1): p.7-13.

63. O'Keefe M, Schnell M. Offenders with Mental Illness in the Correctional System. Journal of Offender Rehabilitation. 2007; 45(1-2): p.81-104.

64. Bricolo F, Gomma M, Bertani M. Prevalencia de trastornos de personalidad en una muestra de 115 clientes con trastornos por uso de drogas. Adicciones. 2002; 14(4): p.491-196.

65. Naciones Unidas-Oficina contra la droga y el delito. Consumo de drogas en población privada de libertad y la relación entre delito y droga. Cuarto Informe Conjunto. Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, Sistema subregional de información e investigación sobre drogas Argentina, Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Uruguay; 2010.

66. Secretaría de programación para la prevención de la drogadicción y lucha contra el narcotráfico (SEDRONAR). Estudio nacional sobre el consumo de sustancias psicoactivas y su relación con la comisión de delitos entre la población privada de libertad; 2009 [consultado el 15 de abril de 2015]. Disponible en: http://www.observatorio.gov.ar/investigaciones/Informe%20Estudio%20Nacional%20en%20poblacion%20privada%20de%20libertad.pdf

67. Organización Mundial de la Salud. Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad: Módulo DSM-IV - Versión española. Madrid: Decisión GRAFICA; 1995.

68. Organización Mundial de la Salud. Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad: Módulo CIE 10 - Versión española. Madrid: Decisión GRAFICA; 1995.

69. López-Barrachina R, Lafuente O, García-Latas J. Del mito de Narciso a los trastornos de la personalidad en las cárceles aragonesas: Una aproximación al perfil de estos desórdenes en las personas privadas de libertad. Revista Española de Sanidad Penitenciaria. 2007 Septiembre; 9: p.53-63.

70. Montero I, León O. A guide for naming research studies in Psychology / Nombrar los estudios de Psicología. International Journal of Clinical and Health Psychology. 2007; 7(3): p.847-862.

71. Hernández-Sampieri R, Fernández-Collado C, Baptista L. Metodología de la investigación. 5th ed. México: Interamericana Editores; 2010.

72. Grasso L. Nociones de muestreo. Introducción a la Estadística en Ciencias Sociales y del comportamiento. Córdoba: Taller de publicaciones de la Facultad de Filosofía y Humanidades-Universidad Nacional de Córdoba; 1999.

73. Vicéns Otero J, Medina Moral E. Análisis de datos cualitativos. 2005 [cited el 22 de junio de 2015] Disponible en: http://www.uam.es/personal_pdi/economicas/eva/pdf/tab_conting.pdf .

74. Bertone M, Domínguez M, Vallejos M. Variables asociadas a la reincidencia delictiva. Psicopatología Clínica, Legal y Forense. 2013; 13: p.47-58.

75. Guy L, Kusaj C, Packer I. Contribution of structured risk tools to parole suitability decisions among inmates with indeterminate life sentences. In Douglas K, Shaffer C, Blanchard A. HCR-20 violence risk assessment scheme-Overview and annotated bibliography. Burnaby: Psychological Assessment Resources; 2014. p.44.

76. Liu Y, Yang M, Ramsay M. A comparison of logistic regression, classification and regression tree, and neural networks models in predicting violent re-offending. In Douglas K, Shaffer C, Blanchard A. HCR-20 violence risk assessment scheme. overview and annotated bibliography. Burnaby: Psychological Assessment Resources; 2014. p.150.

77. Folino J. Características del abuso de sustancias en población carcelaria de la provincia de Buenos Aires. Revista de la Facultad de Ciencias Médicas. 2006 Octubre; 1(3): p.47-52.

78. Secretaría de programación para la prevención de la drogadicción y lucha contra el narcotráfico (SEDRONAR). Estudio nacional en población de 12 a 65 años, sobre consumo de sustancias psicoactivas. [Online]; 2006 [consultado el 15 de abril de 2015]. Disponible en:

http://www.observatorio.gov.ar/investigaciones/Encuesta_en_Poblacion_General_2006.pdf

79. Barrachina R. Mas allá de la resolución WHA4925. Factores de riesgo de violencia autoinflinguda e interpersonal en población penitenciaria [Tesis doctoral]. Zaragoza: Departamento de medicina legal de la Universidad de Zaragoza. 2009
80. Pérez J. La experiencia del encarcelamiento: una perspectiva psicosocial. Estado del arte en psicología: Aportes desde la psicología jurídica y clínica al contexto penitenciario. 2008: p.45.
81. Arturo J, Aguirre E, Hernández. Informe final de la investigación sobre carrera criminal y delincuencia menor. 2002. [Informe no publicado].
82. Olver M, Stockdale K, Wormith J. A meta-analysis of predictors of offender treatment attrition and its relationship to recidivism. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2011 Febrero; 79(1): p.6-21.
83. Lera Calatayud G, Herrero Sebastián N, García-Iturrospe A. Relación entre insight, violencia y diagnóstico en pacientes con psicosis. Revista de Psiquiatria y Salud Mental. 2012 Enero; 5(1): p.43-47.
84. Redondo-Illescas S, Martínez-Catena A. Tratamiento y cambio terapéutico en agresores sexuales. Revista Española de Investigación Criminológica. REIC. 2012 febrero; 8(9): p 8-25.
85. Arriagada I. Seguridad ciudadana y violencia en América Latina. En XXIII International Congress Session LAW; 2001; Washington D.C.
86. Sandoval L, Martínez D. Una revisión al estudio de la delincuencia y criminalidad. Revista de Ciencias Económicas: Investigación y Reflexión. 2008 junio; XVI(1): p.105-107.
87. Hare R, Hart S, Harpur T. Psychopathy and the DSM-IV Criteria for antisocial personality disorder. Journal of Abnormal Psychology. 1991; 100(3): p.391-398.
88. Hare R. The Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R) Toronto: Multi-Health Systems; 1991.
89. Henríquez G. Características Psicosociales de la población de penados de la región oriental venezolana. 1997.[consultado el 17 de mayo de 2015] Disponible en: http://www.psicologiajuridica.org/psj71.html.

90. Cid J, Tébar Vilches BT. Libertad condicional y delincuentes de alto riesgo. Revista Española de Investigación Criminológica: REIC, 2010, 3 (8), p.5.

ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Usted ha sido invitado a participar en una investigación sobre Factores de riesgo asociados a la reincidencia delictiva. Esta investigación es realizada para la finalización de Maestría en Salud Mental dependiente de la Universidad Nacional de Córdoba y está a cargo de la Licenciada en psicología María Cecilia Perrone.

Usted fue seleccionado para participar en esta investigación debido a su condición actual de tutelado a cargo del Patronato del Liberados de Córdoba. Si acepta participar en esta investigación, se le solicitará por única vez que responda algunas preguntas.

Confidencialidad: La identidad del participante será protegida puesto que toda información o datos que los participantes provean serán manejados de forma anónima.

Si ha leído este documento y ha decidido participar, por favor entienda que su participación es completamente voluntaria y que usted tiene derecho a abstenerse de participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin ninguna penalidad. También tienen derecho a no contestar alguna pregunta en particular.

Si tiene alguna pregunta o desea más información sobre esta investigación puede realizársela a la persona responsable de la investigación.

Su firma en este documento implica:

"He leído el consentimiento informado y he decidido participar voluntariamente de esta investigación"

Firma

Aclaración

DNI

FICHA DE RELEVAMIENTO GENERAL DE DATOS

DATOS PERSONALES

- ✓ Fecha de nacimiento……/……/……
- ✓ Estado civil

Soltero	Casado	Concubino	Viudo

- ✓ Delito por el cual está condenado……

  ……

- ✓ Condición jurídica

S.J.P	EJ COND	LC

- ✓ Tiempo de condena…….
- ✓ Fecha de egreso del penal…….
- ✓ Tiempo cumplido en el establecimiento penitenciario……..

FECHAS DE EVALUACIÓN

- ✓ ……
- ✓ ……
- ✓ ……
- ✓ ……
- ✓ ……

OBSERVACIONES

……

……

……

……

……

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN IPDE

Consignas:

A. El propósito de este cuestionario es conocer qué tipo de persona ha sido usted en los últimos 5 (cinco) años.
B. Por favor, no omitir ningún ítem. Si no está seguro de una respuesta, señalar la respuesta (VERDADERO o FALSO) que le parezca más correcta. No hay límite de tiempo, pero no pierda mucho tiempo pensando cuál es la respuesta correcta a un ítem determinado.
C. Cuando la respuesta sea VERDADERO, señalar con un círculo en la letra V, cuando la respuesta sea FALSO, señalar con un círculo la letra F.

1. Normalmente me divierto y disfruto de la vida	V	F
2. Confío en la gente que conozco	V	F
3. No soy detallista	V	F
4. No puedo decidir qué tipo de persona quiero ser	V	F
5. Muestro mis sentimientos a todo el mundo	V	F
6. Dejo que los demás tomen decisiones importantes por mí	V	F
7. Me preocupo si escucho malas noticias sobre alguien que conozco	V	F
8. Ser impulsivo me causa problemas	V	F
9. Mucha gente que conozco me envidia	V	F
10. Doy mi opinión general sobre las cosas y no me preocupo por los detalles	V	F
11. Nunca me ha detenido la policía	V	F
12. La gente cree que soy frío y distante	V	F
13. Me meto en relaciones muy intensas pero poco duraderas	V	F
14. La mayoría de la gente es justa y honesta conmigo	V	F
15. La gente tiene una buena opinión sobre mí	V	F
16. Me siento molesto o desubicado en lugares donde hay mucha gente	V	F
17. Me siento fácilmente influido por lo que me rodea	V	F
18. Normalmente me siento mal cuando hago daño o molesto a alguien	V	F
19. Me resulta muy difícil tirar las cosas	V	F
20. A veces he rechazado un trabajo, incluso aunque estuviera esperándolo	V	F
21. Reacciono a las alabanzas o criticas de los demás	V	F
22. Uso a la gente para lograr lo que quiero	V	F
23. Paso demasiado tiempo tratando de hacer las cosas perfectamente	V	F
24. A menudo, la gente se ríe de mí, a mis espaldas	V	F
25. Nunca he amenazado con suicidarme, ni me he autolesionado a propósito	V	F
26. Mis sentimientos son cambiantes	V	F
27. Para evitar críticas prefiero trabajar solo	V	F
28. Me gusta vestirme para sobresalir entre la gente	V	F
29. Suelo mentir o hacer trampas para lograr mis propósitos	V	F
30. Soy más supersticioso que la mayoría de la gente	V	F
31. Tengo poco o ningún deseo de mantener relaciones sexuales	V	F
32. La gente cree que soy demasiado estricto con las reglas y normas	V	F
33. Generalmente me siento incómodo o desvalido si estoy solo	V	F
34. No me gusta relacionarme con gente hasta que no estoy seguro de que les caigo bien	V	F
35. No me gusta ser el centro de atención	V	F
36. Creo que mi pareja me puede ser infiel	V	F
37. La gente piensa que tengo un concepto de mí mismo muy bueno	V	F
38. Cuido mucho lo que les digo a los demás sobre mí	V	F
39. Me preocupa mucho no gustar a la gente	V	F

40. A menudo me siento vacío por dentro	V	F
41. Trabajo tanto que no tengo tiempo para nada más	V	F
42. Me da miedo que me dejen solo y tener que cuidar de mí mismo	V	F
43. Tengo ataques de ira o enojo	V	F
44. Tengo fama de que me gusta coquetear	V	F
45. Me siento muy cercano a gente que acabo de conocer	V	F
46. Prefiero las actividades que pueda hacer yo solo	V	F
47. Pierdo el control y me meto en peleas	V	F
48. La gente piensa que soy tacaño con mi dinero	V	F
49. Con frecuencia busco consejos sobre decisiones de mi vida cotidiana	V	F
50. Para caer bien a la gente me ofrezco a realizar tareas que no me gustan	V	F
51. Tengo miedo de ponerme en ridículo ante gente conocida	V	F
52. A menudo confundo objetos o sombras con gente	V	F
53. Soy muy emocional y caprichoso	V	F
54. Me resulta difícil acostumbrarme a hacer cosas nuevas	V	F
55. Sueño con ser famoso	V	F
56. Me arriesgo y hago cosas imprudentes	V	F
57. Todo el mundo necesita uno o dos amigos para ser feliz	V	F
58. Descubro amenazas ocultas en lo que me dicen algunas personas	V	F
59. Normalmente trato de que la gente haga las cosas a mi manera	V	F
60. Cuando estoy estresado las cosas que me rodean no me parecen reales	V	F
61. Me enojo cuando la gente no quiere hacer lo que le pido	V	F
62. Cuando finalizo con una pareja, tengo que empezar otra rápidamente	V	F
63. Evito las actividades nuevas para no sentirme incómodo	V	F
64. A la gente le resulta difícil entender claramente qué estoy diciendo	V	F
65. Prefiero relacionarme con gente inteligente	V	F
66. He sido víctima de críticas injustas	V	F
67. No suelo mostrar emoción	V	F
68. Hago cosas para que la gente me admire	V	F
69. Soy capaz de realizar mis propios proyectos	V	F
70. La gente piensa que soy extraño	V	F
71. Me siento cómodo en situaciones sociales	V	F
72. Mantengo rencores contra la gente durante mucho tiempo	V	F
73. Me resulta difícil contradecir a las personas de las que dependo	V	F
74. Me resulta difícil no meterme en líos	V	F
75. Llego al extremo para evitar que la gente me deje	V	F
76. Cuando recién conozco a alguien no hablo mucho	V	F
77. Tengo amigos íntimos	V	F

RESUMEN DE LA PUNTUACIÓN DEL CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN IPDE MÓDULO DSM-IV

Código del caso:……..
1. Poner un círculo en los ítems que no estén seguidos de F, si la respuesta es VERDADERO.
2. Poner un círculo en el resto de los ítems (aquellos seguidos por F), si la respuesta es FALSO.

PARANOIDE 2F 14F 36 38 58 66 72

Total……

ESQUIZOIDE 1F 12 21F 31 46 57F 77F

Total……..

ESQUIZOTIPICO 2F 24 30 52 64 67 70 71F 77F

Total……

HISTRIONICO 5 10 17 26 28 35F 44 45

Total…….

ANTISOCIAL 11F 18F 20 29 47 56 74

Total…….

NARCISISTA 7F 9 15 22 37 55 61 65 68

Total……..

LIMITE 4 8 13 25F 40 43 53 60 75

Total……

OBSESIVO-COMPULSIVO 3F 19 23 32 41 48 54 59

Total……..

DEPENDENCIA 6 33 42 49 50 62 69F 73

Total……..

EVITACION 16 27 34 38 39 51 63 76

Total……..