

Intentos autolíticos en prisión: Un análisis forense

Raquel Muñagorri Sansalvador* y Marta Peñalver Peña

Resumen: El presente artículo analiza las causas por las que el paciente J.V., después de cinco años en prisión, lleva a cabo un intento de suicidio, colgándose de una puerta con un cordón para asfixiarse, siendo atendido e ingresado en un centro hospitalario. A su vuelta al centro penitenciario es incluido dentro del protocolo de prevención de suicidios puesto en marcha por la Dirección General de Instituciones Penitenciarias según la Instrucción 14/05. A partir de esta fecha comienza un periodo marcado por una larga lista de episodios autolíticos, que llevo a cabo aproximadamente una vez al mes. Dichos episodios consistían en producirse cortes en muñecas y antebrazos aunque no con fines suicidas, sino como según refiere "para producirse más dolor y aliviar su tensión interior", por lo que fue remitido al servicio de psiquiatría del centro y puesto en tratamiento farmacológico, además de aumentar las medidas preventivas del protocolo.

A petición del Centro Penitenciario Madrid IV, se solicitó en su momento la exploración y valoración psicológica de J.V. (25 años) en relación con la determinación diagnóstica de su estado mental, la estimación de riesgo y/o peligrosidad y sus posibilidades de tratamiento. Se ofrece un análisis detallado de dicha valoración junto con las valoraciones pertinentes a nivel forense.

Palabras clave: Suicidio; episodios autolíticos; tensión; medidas preventivas; peligrosidad; estudios de casos.

Title: Suicide attempts in prison: A forensic analysis.

Abstract: This article analyzes the causes because the patient J.V., after five years in prison, conducts an attempted suicide by hanging from a door with a string to choke, being cared for and admitted to a hospital. Upon his return to prison is included in the protocol for the prevention of suicides. From this date begins a period marked by a long list of autolytic episodes, which took place about once a month. These episodes were produced in courts wrists and forearms although not with suicidal aims, but as concerned as "to occur more pain and relieve their tension inside", which was sent to the psychiatric service center and put on drug treatment, as well to increase preventive measures of the protocol.

To request the Penitentiary Center Madrid IV, ask for exploration psychological valuation of J.V. (25 years) in relation the determination diagnoses of its mental state, the estimation of risk and/or danger and its possibilities of treatment. Provides a detailed analysis of that assessment together with the relevant forensic assessment.

Key words: Suicide; autolytic episodes; tension; preventive measures; danger; case studies.

Introducción al caso

En estas últimas décadas, el interés por el estudio del problema del suicidio en población penitenciaria ha experimentado un aumento considerable, en parte debido al carácter humanitario que han adquirido las penas privativas libertad desde que la propia Constitución Española reconociera que la finalidad de dichas penas estarían orientadas hacia la reeducación y reinserción social. A todo ello se suma el reconocimiento de los derechos de los internos, al igual que los deberes y la obligación de la Administración Penitenciaria a velar por la vida de los mismos.

Por estas razones, entre otras, la Psicología se abría camino en un nuevo campo de estudio: las variables de personalidad y todo lo que estuviera relacionado con el comportamiento alejado fuera de la norma.

El tema del suicidio ha sido objeto de interés tanto en población penitenciaria como en población general. Según Del Corral (2003) la tasa de suicidios (número de casos x 1000) es significativamente mayor en el entorno penitenciario comparado con la población general. En la población penitenciaria hay saturación de variables de riesgo (varones, a partir de 21 años, toxicomanías, trastornos psicopatológicos) que responden a la mayor parte de la población general. Como factores de especial vulnerabilidad señala:

1. El impacto psicológico de la detención y el encarcelamiento o del estrés cotidiano asociado a la vida en pri-

sión que puede exceder las habilidades de afrontamiento de los sujetos.

2. La afectación que la comisión del delito y de modo singular los delitos contra las personas, contra la libertad sexual y de violencia familiar.
3. La resonancia que ejerce sobre el recluso ver publicada en los medios su actividad delictiva.
4. El abatimiento que la reducción da un género de vida penitenciario produce en las personas que han cometido delitos de carácter económico y ven esfumarse un prototipo de vida.
5. Las modificaciones legales efectuadas en los últimos años respecto al cumplimiento íntegro de las penas.

En el caso que nos ocupa J.V., con 25 años de edad, ingresó en el Centro Penitenciario de Soto del Real el 26 de mayo de 2001 por un delito de robo con intimidación y homicidio en grado de tentativa, con una condena de 13 años de cárcel, la cual concluirá el 17 de mayo del 2014.

El 12 de julio de 2001 fue trasladado al Centro Penitenciario Madrid III (Valdemoro), centro en el que sólo cabe destacar la apertura de un expediente sancionador por posesión de hachís con fecha del 12 de diciembre de 2002. Participó en distintos talleres y cursos, trabajando dentro del centro en diversos puestos. Se consideraba, y así lo demuestran los informes penitenciarios, que estaba integrado en la comunidad de internos.

El 15 de enero de 2005 fue trasladado al Centro Penitenciario Madrid IV (Navalcarnero) por petición propia. El día 20 de julio de 2005 llevó a cabo un intento de suicidio, colgándose de una puerta con un cordón para asfixiarse, de no haber sido por la rápida intervención de los funcionarios y compañeros habría muerto, 24 horas después fue ingresado

* Dirección para correspondencia [Correspondence address]: Raquel Muñagorri Sansalvador. c/Antonio Mairena 4 / 6ºD / 28038 Madrid. E-mail: rakelmusan@yahoo.es

en un centro médico. A su vuelta a prisión es incluido dentro del protocolo de suicidios. A partir de esta fecha comenzó un periodo marcado por una larga lista de episodios autolíticos, que llevaba a cabo aproximadamente una vez al mes. Dichos episodios consistían en producirse cortes en las muñecas y antebrazos aunque no con fines suicidas, sino como según refiere “para producirse más dolor y aliviar su tensión interior”. Fue remitido al servicio de psiquiatría del centro y puesto en tratamiento farmacológico, además de aumentar las medidas preventivas del protocolo de prevención de suicidios.

Consideramos importantes las fechas de los hechos sucedidos, ya que como posteriormente se analizará, marcarán la trayectoria en prisión de J.V.

Método

Para la determinación diagnóstica del estado mental de J.V., la estimación de riesgo y/o peligrosidad y sus posibilidades de tratamiento, se realizaron las siguientes entrevistas y pruebas clínicas complementarias. Siendo el peritado debidamente informado sobre la confidencialidad de sus datos y contando en todo momento, tanto para la exploración como para la realización de las diversas pruebas diagnósticas, con su consentimiento.

Entrevistas y observaciones

- Entrevista clínica abierta: 2 entrevistas de aproximadamente 1 hora y media de duración, cada una.
- Entrevista clínica semiestructurada. 2 entrevistas de aproximadamente 2 horas de duración, cada una.

Pruebas Psicodiagnósticas

1. *SCL-90-R*, Cuestionario de 90 síntomas de L. R. Derogatis. Adaptado en población española por González de Riveras, De las Cuevas, M. Rodríguez y F. Rodríguez (2002)

Es uno de los listados de síntomas multidimensionales autoinformados más utilizados en la práctica clínica y forense. Evalúa en una escala graduada de 0 (ausencia de síntoma) a 4 (máxima presencia) y, a través de 90 ítems, 9 escalas de tipo clínico: somatización, obsesión – compulsión, relaciones interpersonales, depresión, ansiedad, sensibilidad, fobia, ideación paranoide y psicoticismo.

2. *MMPI – 2*, *Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2* de S. R. Hathaway y J. C. McKinley (1999). Adaptado en población española por TEA ediciones.

Permite identificar síntomas psicopatológicos y aspectos de la personalidad a través de tres grupos de escalas (básicas, de contenido y suplementarias). Contiene también un grupo de escalas referentes a la validez de la prueba y el sesgo de respuesta. Baremación a través de puntuaciones típicas normalizadas, considerándose puntuaciones típicas mayores o iguales a 65 pertenencia a grupo diagnóstico.

3. *IPDE*, *Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad* (1996), según el sistema de clasificación CIE – 10 y DSM – IV.

Permite identificar rasgos y conductas que sean relevantes para la evaluación de los criterios de trastornos de personalidad según el sistema de clasificación CIE-10 y DSM-IV, obteniendo información adicional normalmente no disponible por medio de la historia del peritado o por otras fuentes.

4. *WAIS*, *Escala de Inteligencia Wechsler para adultos* (Wechsler, Zimmerman y Woo-Sam, 1997).

Permite obtener un índice de inteligencia general, verbal y no verbal. Compuesta por 11 pruebas más 2 complementarias divididas en pruebas verbales y manipulativas. También permite valorar un posible deterioro cognitivo.

Resultados

Análisis descriptivo y antecedentes personales del paciente

J.V. nació en Madrid, de parto natural, el 14 de Abril de 1980, contando en el momento de su valoración con 26 años de edad. Su desarrollo durante la infancia fue normal.

Su familia de origen está formada por su padre, de 55 años de edad, figura de autoridad del núcleo familiar, empleado en la construcción de carreteras. Su madre, de 50 años de edad, de profesión ama de casa, persona de referencia en cuanto a la atención de necesidades básicas, con la que mantiene un fuerte vínculo emocional y su hermana, de 29 años de edad. La relación con su familia la define como “normal”. Durante su infancia no hubo conductas agresivas en casa y la relación con su hermana siempre ha sido muy buena.

Hace aproximadamente 8–9 años su madre sufrió un derrame cerebral, quedándose inválida para toda actividad, incluidas las actividades de la vida diaria. Ante esta situación el padre de J.V., decidió dejar de trabajar para cuidar a su esposa. Por aquel entonces, J.V., contaba con 16 años, había dejado los estudios y decidió ponerse a trabajar “para mantener a mi familia”. A través de un contacto encuentra empleo en un taller como chapista, ganando lo suficiente para dar una cantidad considerable en casa y quedarse con algo de dinero para sus gastos. Trabajó desde los 16 años hasta los 21, momento en el que se produce el arresto y el ingreso en prisión.

Desde su entrada en prisión la relación con su familia ha seguido siendo buena. Mantiene contacto semanal con su padre, quien va a visitarle todos los viernes a prisión. De hecho solicitó el traslado a Madrid IV (Navalcarnero) para que su padre pudiera desplazarse con mayor facilidad. Considera que su padre es su mejor amigo. Durante el proceso judicial y tras el ingreso en prisión de J.V., su padre comenzó a investigar para averiguar quién había cometido el delito por el que cumplía condena su hijo, (homicidio en grado de tentativa y robo con intimidación). Con su madre habla todas las semanas, aunque no la ve con tanta frecuencia ya que pa-

ra ella es más difícil desplazarse hasta la prisión por motivos de salud. Respecto a su hermana hablan todas las semanas por teléfono, manteniendo también así el contacto con sus sobrinos. También mantiene contacto con una prima que ha ido a visitarle en varias ocasiones a prisión.

Reconoce que le gusta estar en contacto con su familia, saber lo que hacen y cómo se encuentran, pero no quiere que ellos sufran por él, por estar en prisión “me gusta saber de mi familia pero no que ellos sepan de mí”.

En cuanto a sus estudios, se define como un mal estudiante. Dejó el colegio con 14 años, sin haber finalizado el curso, por lo que no cuenta con el título de graduado escolar. Si bien hay que señalar que aunque no recibió una formación titulada, aprendió una profesión, chapista, durante los casi 5 años que estuvo trabajando en el taller.

Desde su ingreso en prisión ha realizado un curso de informática en el Centro Penitenciario Madrid IV (Navalcarnero) y se encuentra en lista de espera para obtener el título de graduado escolar.

Comenzó el consumo de drogas sobre los 14-15 años, con el grupo de iguales, principalmente hachís y cocaína. El consumo de hachís era habitual, diario, tanto con sus amigos como con sus parejas. El consumo de cocaína era más esporádico, entre 2 o 3 fines de semana al mes “para salir y aguantar”, consumía con los amigos y esporádicamente con su última pareja. En cuanto al alcohol dice que no consumía habitualmente, de vez en cuando salía y se tomaba alguna copa o alguna cerveza, pero nunca le ha gustado mucho. Fuma tabaco desde los 13 años. Sus padres sólo conocían el consumo de hachís.

En prisión ha seguido consumiendo, aunque con menor frecuencia, tanto hachís como cocaína. Según refiere dejó el consumo de cocaína hace un año aproximadamente y el de hachís hace unos meses, lo lleva “muy bien” y no le costó dejarlo porque “no estaba enganchado”; aunque reconoce que de vez en cuando si tiene la tentación de darle “alguna calada” y dice que “alguna vez lo he hecho”.

A lo largo de su vida ha mantenido dos relaciones sentimentales estables. En el último año, comienza a cartearse con una mujer, con la que mantiene varios encuentros “vis-a-vis” íntimos. Al tiempo ella le comenta la posibilidad de estar embarazada, esto ocurre aproximadamente en julio de 2005. Según nos comenta era algo prácticamente imposible porque habían tomado precauciones y aunque hubiera sido así, le habría dicho que abortara, ya que no iba a tener el niño encontrándose él en prisión. Parece ser que al cabo de unas semanas hablan por teléfono y ella le dice que ha sido una falsa alarma, que no está embarazada. Desde entonces no ha vuelto a saber nada de ella. Sin embargo aparece reflejado en informes emitidos por los funcionarios de la prisión que durante esos días J.V., se encontraba nervioso e inquieto y que comentó a los funcionarios que se sentía culpable porque quizá “había inducido a una amiga a que abortara”.

Su historial delictivo comienza en 1988, contando con 8 años de edad, en el expediente figura como un “robo con intimidación”. Según la versión de J.V., fue una pelea de cha-

vales en el barrio.

Con 15 años, entraron él y dos amigos más en el colegio, con la intención de robar los ordenadores y material audiovisual, a plena luz del día, la dirección del colegio le expulsa y nunca se habló del tema en casa.

Durante su adolescencia y hasta que entró en prisión ha cometido numerosos delitos “muchas veces que no me han pillado”, normalmente eran robos en pequeñas tiendas, en gasolineras o robaba material de sonido o audiovisual en polígonos industriales. Iba con los amigos de toda la vida y a veces con algún conocido. Lo hacía para tener un dinero extra, porque como daba casi todo su sueldo en casa, le quedaba poco o lo justo para sus gastos y a veces para comprar droga (hachís o cocaína).

Cumple condena por homicidio en grado de tentativa y robo con intimidación. Según la sentencia J.V., acompañado de dos personas más, asaltan y amenazan a un hombre para robarle. Poco tiempo después realizan la misma acción con otro hombre, éste parece que se resiste al atraco y acaba recibiendo dos puñaladas en el costado, perforándole el pulmón. A la mañana siguiente arrestan a J.V., y a sus dos colaboradores.

Exploración psicopatológica

Durante la exploración presentó un buen nivel de desarrollo acorde con su edad, 26 años, mostrándose atento y orientado en tiempo y espacio, siendo el curso de su pensamiento adecuado a su desarrollo cognitivo. Sin embargo en cuanto a su contenido se identificaron marcadas ideas de autorreferencia e ideación suicida, no aparecen alteraciones de la percepción apreciables en el momento de la evaluación. Su CI, según apreciación clínica, dentro de la normalidad aunque por debajo de la media.

Se comprobaron fluctuaciones en su estado de ánimo, no referidas por el peritudo, pero sí apreciadas por las evaluadoras. Durante el transcurso de las entrevistas su estado de ánimo era bastante variable según el tema a tratar, reaccionando de manera ansiosa al hablar de su padre y sin embargo mostrando una gran frialdad al hablar de sus propios intentos autolíticos.

A nivel físico, su presencia era correcta, mostrándose bien vestido y aseado. Motivado y colaborador en todo momento. Fluidez y lenguaje verbal adecuado, aunque parco en palabras no llega a ser estereotipado, no aparecen incongruencias entre su lenguaje verbal y no verbal, aunque en el plano corporal mostraba rigidez de hombros, en actitud defensiva, al comienzo de las entrevistas. No confrontaba visualmente si la conversación no le interesa o le producía incomodidad, sin embargo su mirada era fija y desafiante cuando hablaba de sus motivos para suicidarse.

Manifestaba ideas recurrentes de muerte o de hacerse daño para “aliviar la presión”. El 20 de julio de 2005 intentó suicidarse. Días antes y según se pudo contrastar con los informes penitenciarios y con la información aportada por el propio J.V., coincidieron varios hechos que a continuación

pasamos a detallar. En este periodo de tiempo el padre de J.V. investigaba sobre los “supuestos autores” reales del delito por el que cumple condena su hijo; consecuencia de ello el peritado padecía un alto estado de ansiedad e inquietud por miedo a las consecuencias, por si le “pudiese ocurrir algo”. Coincide también con el final de su última relación, con una mujer que conoce estando en prisión, que días antes le comunica la posibilidad de estar embarazada, tras haber mantenido varios “vis a vis” íntimos. En el plano social J.V., mantenía una relación de amistad con un preso que era bastante “fantasioso”, tenía pensamiento mágico, según apreciaciones de los psicólogos del centro. Confluyen en un corto espacio de tiempo factores familiares y sociales que influyen directamente en su estado de ánimo.

Fruto de lo cual entre dos y tres días antes del intento de suicidio, J.V., desarrolla un posible delirio de persecución y autorreferencial, según la información contenida en los informes del centro, comenzó a pensar que, citamos textualmente, “como su padre estaba investigando quien había cometido realmente el delito, y se estaba metiendo en malos ambientes le iba a pasar algo; porque seguro que la gente a la que investigaba su padre tenía gente en la cárcel que le pudiera hacer daño a él o le estuvieran vigilando”. Llegando a acusar a su compañero en el taller de jardinería de estar espiándole, motivo por el cual, el compañero pidió un cambio de pareja.

Durante su estancia en enfermería, tras este primer intento de suicidio, vuelve al módulo y pasa unos días inquieto, habla de telepatía, dice oír voces que no le dicen nada en concreto, “es más como un murmullo”, las oye dentro de su cabeza, según refiere decidió dejar de hacer caso a esas voces y actualmente ha dejado de oírlas, no piensa que nadie pueda controlar su pensamiento y tampoco cree en la telepatía.

En el momento de la valoración no le da importancia a nada “ni a mí mismo”, no tiene ningún plan de futuro, no piensa hacer nada para salir antes de la cárcel porque “pretende matarse mucho antes”.

Preguntado directamente a cerca de las lesiones, cortes en las muñecas que se realizaba aproximadamente una vez al mes. Refiere que cortarse no le quita el sufrimiento, lo tiene igual si no se corta, pero le gusta la sensación de dolor, le gusta pensar en esa sensación, pero cuando se corta y siente verdaderamente ese dolor ya no le agrada, se ha producido una habituación al dolor, en el momento no nota tanto dolor como cuando se cortaba las primeras veces. Debemos señalar que las primeras ocasiones en las que se realiza dichos cortes había consumido hachís, consumo que dice haber abandonado.

Sin embargo y a pesar de su idea recurrente de suicidio, no tiene un plan determinado para el mismo, ni una fecha, “sí yo supiera que cortándome me mataba lo haría más, pero como no”. Los cortes que se realizaba de forma un tanto obsesiva no responden a un plan de suicidio, no son intentos autolíticos. Pero tampoco son conductas compulsivas porque no ve lo irracional de hacerlo, encuentra irracional que no le dejen cortarse “con eso sólo me hago daño yo”. Casi

siempre suele cortarse cuando es trasladado del módulo de enfermería al módulo que le corresponde, cuando ya le han curado las correspondientes lesiones. Describe el módulo de enfermería como “algo más tranquilo, no tengo que ver a nadie si no quiero, quitando a los de apoyo, y no me obligan a bajar al patio, me dejan estar en la celda”, de lo que se desprende una cierta ganancia secundaria.

Por todo ello, el interno es incluido en el Protocolo de Prevención de suicidios pasando por sus tres modalidades:

- 1.- Interno que comparte celda con él.
- 2.- Interno que comparte celda y le acompañaba en todas las actividades que no tuvieran carácter de colectivo, y por último y en el que se encuentra actualmente
- 3.- Un interno de apoyo “sombra” (24 horas).

No hay constancia de antecedentes psicopatológicos. Aunque sí aparece un amplio historial delictivo, conductas disociales durante la infancia y adolescencia y un consumo abusivo de sustancias desde los 14 años. En cuanto a sus antecedentes familiares, su madre sufrió un derrame cerebral hace aproximadamente 8-9 años, su padre ha tenido un posible consumo de sustancias hace años, su hermana estuvo en tratamiento por depresión cuando J.V., ingresó en prisión y actualmente está sometiéndose a revisiones por posibles problemas cardiacos (taquicardias).

Según el Informe de Clasificación Inicial, se dice de J.V., que presenta una inteligencia media en puntuaciones de población reclusa, pobre capacidad de abstracción, resolución de problemas y razonamiento lógico deductivo. Se le describe como una persona impulsiva, en estado de excitación y tensión permanente con una necesidad de actividad constante, teme el aburrimiento, es inmaduro, poco estable afectivamente y de carácter dominante.

Resultados de las pruebas complementarias

Lista de Síntomas de Derogatis “SCL-90”

Los resultados de J.V., fueron comparados con los índices de población general no clínica a pesar de que las puntuaciones obtenidas permitían la comparación con pacientes con disfunción temporo-mandibular. Consideramos más ajustados al perfil del peritado y en contraste con la información obtenida a través de las distintas entrevistas los resultados obtenidos con la primera población de referencia. Puntuando significativamente en las siguientes dimensiones sintomáticas (véase Tabla 1).

La fiabilidad del SCL - 90 encontrada en su adaptación española se asemeja mucho a los valores descritos por Derogatis, que comprenden del .81 - .90. A su vez los coeficientes de consistencia interna, indican que la homogeneidad de los ítems que conforman cada dimensión, es muy alta, con elevada correlación entre ellos. Los valores de los coeficientes de fiabilidad como estabilidad temporal se encuentran entre .78 - .90.

Tabla 1: Resultados SCL-90.

	Punt. directa	Punt. típica	Punt. centil
GSI	0.43	51	55
PST	20	50	50
PSDI	1.95	55	70
Obsesión Compulsión	1	60	85
Sensibilidad interpersonal	0.67	57	75
Depresión	0.92	58	80

Acerca de la validez de criterio o empírica, Derogatis (1983), señala que el SCL – 90 R, ha demostrado ser muy sensible al cambio en una amplia variedad de contextos médicos y clínicos.

En lo referente a la validez de la prueba señalar que, el GSI indica la intensidad del sufrimiento psíquico y psicossomático global, que en este caso se encontraría en unos niveles medios y ajustados. Sin embargo el PST como marcador del número total de síntomas presentes, la amplitud de diversidad de la psicopatología, se encuentra en un nivel que podría indicarnos una pequeña exageración de síntomas, sin llegar a extremos de simulación. Por su parte la intensidad sintomática media, PSDI, se encuentra por encima de la media, es decir los síntomas provocan un malestar significativo en J.V.

En las escalas sintomáticas señaladas se aprecia lo siguiente:

- Obsesión compulsión: tiene pensamientos, palabras o ideas no deseadas que no se van de su mente, le cuesta recordar cosas, a veces se siente incapaz de hacer o de terminar cosas, incluso llegando a comprobar, en algunas ocasiones, lo que hace. En determinadas ocasiones su mente se queda en blanco y muy a menudo tiene dificultades para concentrarse.
- Sensibilidad interpersonal: es tímido y con bastante frecuencia se siente incómodo ante personas del sexo opuesto, se siente cohibido o le da vergüenza cuando la gente le mira o hablan de él.
- Depresión: manifiesta pérdida de deseo sexual, sentirse bajo de energía y decaído, sin interés por nada y pensamientos suicidas.
- En los ítems adicionales aparecen: falta de apetito, sueño inquieto e ideas sobre la muerte.

Inventario Multifásico de la Personalidad de Minesota- 2 (MMPI-2) de S.R. Hathaway y J.C. McKinley (1999)

Los resultados de J.V., fueron comparados con la población general masculina, puntuando significativamente en las escalas que aparecen en la Tabla 2.

Validez y fiabilidad empíricamente comprobada, en sus tres dimensiones de control de respuesta (L, F, K) a una probabilidad media de .90.

Test válido en L, F y K, no aparece simulación, es decir el peritado no presenta una exageración de síntomas. Sin embargo el índice K=62 refleja una defensividad moderada

de cara a la evaluación, lo que correlaciona con la valoración de F-K= -14, J.V., se presenta, en términos generales, mejor de lo que está, no quiere dar importancia a su situación ni a sus síntomas.

Tabla 2: Resultados MMPI-2.

	Puntuación directa	Puntuación típica
L. mentira	5	51
F incoherencia	6	47
K corrección	20	62
PD desviación psicopática	21	61
SC esquizofrenia	19	60
SI introversión social	43	68

La prueba permite obtener un perfil poco frecuente en el que se refleja una importante tasa de impulsividad y rebeldía, cuyas manifestaciones externas están generalmente inhibidas, aunque son posibles las explosiones puntuales de considerable violencia, debidas más a tensión acumulada que a reactividad frente a una situación especialmente estresante.

Se refleja una tendencia a desviación psicopática con rasgos impulsivos, sentimientos de culpabilidad y vergüenza. Al igual que las puntuaciones en la escala SC, esquizofrenia, indican confusión, miedos, carácter reservado y no comprometido. Correlacionando con la preferencia por actividades solitarias, ausencia de asertividad social, carácter depresivo y sumiso, con carencia de seguridad en sí mismo y marcada introversión social.

Aparecen muestras de conductas problemáticas durante el colegio, y prácticas antisociales en las escalas de contenido, congruente con su historia personal. Así como manifestaciones de malestar social e intranquilidad ante la gente, junto con una imagen tímida de sí mismo. Puntúa muy por debajo en la aceptación de problemas familiares, es decir, niega que haya ningún tipo de conflicto.

Tiende a ser excesivamente convencional y sumiso, evitando situaciones desagradables, o dejándose llevar o influenciar por otros. Se siente infeliz o deprimido, sin energía para afrontar los problemas, sin interés por su entorno y con sentimientos de culpa y remordimiento por hechos pasados. Dificultades de atención y concentración. Cree que los demás son egoístas, deshonestos y oportunistas. En ocasiones desearía estar muerto.

Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad (IP-DE)

J.V., puntuó significativamente en los siguientes trastornos: trastorno esquizotípico de la personalidad y trastorno evitativo de la personalidad. Posteriormente se realizó la entrevista estructurada compuesta por las preguntas referentes a ambos trastornos. Tras la puntuación de las mismas, y según los criterios conforme un número menor a 4 síntomas no es indicador de un posible trastorno de la personalidad. Se obtuvo diagnóstico negativo para ambos trastornos, es-

quizotípico y evitativo, puesto que sólo puntuó en los siguientes:

- Trastorno esquizotípico: ideas de referencia, suspicacia e ideación paranoide y falta de amigos íntimos.
- Trastorno evitativo: no se implica si no está seguro de agradar, represión en las relaciones íntimas e inhibición en situaciones nuevas.

La fiabilidad y estabilidad del IPDE es similar a las descritas para otros instrumentos utilizados para el diagnóstico de psicosis, trastornos del humor, trastornos por ansiedad y por abuso de sustancias; su validez es procesal, siendo sus conclusiones menos susceptibles de sesgos institucionales y regionales.

Escala de Inteligencia de Weschler para adultos (WAIS)

La aplicación de parte de la prueba, en concreto, la administración de las escalas de comprensión, aritmética, semejanzas, vocabulario, cubos e historietas, tuvo por objeto la valoración de las capacidades intelectuales básicas y un posible deterioro cognitivo dada la historia de consumo de drogas que presenta J.V. Los resultados obtenidos en las distintas escalas fueron los siguientes (véase Tabla 3):

Tabla 3: Resultados WAIS.

Test	Puntuación directa	Puntuación típica
Comprensión	11	7
Aritmética	7	8
Semejanzas	7	8
Vocabulario	30	8
Cubos	32	10
Historietas	14	8

Validez y fiabilidad empíricamente comprobada a una probabilidad media de .90.

Puesto que no se administró la prueba en su totalidad, por los motivos anteriormente indicados, no fue posible obtener un índice global de la inteligencia del peritado, aunque sí podemos señalar que en las escalas aplicadas obtuvo puntuaciones situadas en la media poblacional tendiendo a la baja.

La valoración cualitativa de las distintas escalas aplicadas permite apreciar que J.V., aunque tiene capacidad para comprender las costumbres y situaciones sociales no ha interiorizado las normas y prácticas morales, sus respuestas ilógicas en la prueba de comprensión revelan un dominio pasivo del ambiente y una conducta antisocial. Las puntuaciones bajas en comprensión, se relacionan con disfunciones precoces y un menor grado de socialización en estudios realizados con delinquentes por Hunt, Quay y Walker (1966) y Wechsler (1958).

Su puntuación baja en la prueba de aritmética muestra relación con su nivel de ansiedad y refleja una buena comprensión verbal, concentración y conceptualización abstracta en la media poblacional. Está conservada su

en la media poblacional. Está conservada su capacidad para abstraer y formar conceptos verbales, lo cual es un buen indicador de su capacidad intelectual, reflejado en la prueba de semejanzas. Su nivel cultural es medio, capaz de recibir nuevas informaciones, almacenarlas y utilizarlas adecuadamente, tal como refleja el subtest de vocabulario.

Razonamiento no verbal adecuado, con estrategias de resolución de problemas de tipo ensayo – error, observado en la prueba de cubos. Dicha puntuación es la más alta de todas las subescalas aplicadas, hecho que es indicativo de la ausencia de deterioro orgánico, es una prueba que suele quedar afectada ante patología o deterioro orgánico. Posee una buena inteligencia social, con capacidad de llevar a cabo secuencias lógicas, formular hipótesis, grado medio de flexibilidad mental y posibilidad de captar relaciones causa efecto.

En líneas generales J.V., presenta un nivel intelectual medio bajo, con una buena capacidad de memoria a largo y corto plazo, aunque esta última podría verse afectada por su nivel de ansiedad en situaciones de evaluación. Posee estrategias de aprendizaje y de resolución de problemas de tipo ensayo – error, teniendo un dominio pasivo del ambiente y una conducta antisocial; capaz de establecer secuencias lógicas y de captar relaciones causa – efecto. No aparecen indicadores de deterioro cognitivo.

Impresión diagnóstica

Problemas objeto de atención clínica

J.V. presenta síntomas de depresión subjetiva, reflejados en sentimientos de inferioridad, sin energía para afrontar problemas, falta de interés por su entorno y sentimientos de culpa por hechos pasados. Todo ello unido a su carácter pasivo y sumiso, le genera grandes estados de ansiedad con una falta de afrontamiento adecuado, calmándola con conductas autolesivas (cortes en antebrazos y muñecas).

Dado su historia personal relacionada con el consumo de sustancias desde los 14 años (cocaína y hachís) se sospecha, según impresión clínica, que aún habiendo disminuido el consumo, tras su entrada en prisión, éste no ha desaparecido.

Rasgos de personalidad desadaptativos

Presenta rasgos esquizotípicos de personalidad, entre otros, ideas de referencia, suspicacia, afectividad inapropiada o restringida, falta de amigos íntimos y desconfianza en general y una ansiedad social excesiva que no disminuye con la familiarización. Así mismo también presenta rasgos de tipo evitativo caracterizados por una excesiva timidez y evitación a implicarse con la gente, represión en las relaciones íntimas, inhibición en situaciones interpersonales nuevas llegando a verse a sí mismo socialmente inepto.

J.V. suele responder de forma irritable y agresiva en concordancia con su alto grado de susceptibilidad y hostilidad hacia el entorno en general.

Problemas psicosociales y ambientales

1. *Relativos al grupo primario:* enfermedad neurovegetativa de la madre. Continuas visitas del padre e intentos recurrentes por solucionar problemas relacionados con la sentencia de su hijo.
2. *Relacionados al ambiente social:* problemas de adaptación al régimen penitenciario.
3. *Relativos a la economía:* posible situación económica familiar precaria según refiere peritado.
4. *Adecuación a la actividad global:* presenta síntomas graves como ideación suicida con alteraciones graves de la actividad social.

Discusión y/o formulación forense**Diagnóstico diferencial**

En referencia a su comportamiento, las conductas observadas durante las entrevistas mantenidas y siguiendo criterios establecidos en Ortiz (1992) y Pichot, López y Valdez (1995) se tuvieron en consideración los siguientes cuadros clínicos que descartar:

Trastorno psicótico breve.- Aparecen ideas delirantes anteriores al intento de suicidio, consistentes en un delirio de persecución y de referencia, cuya duración fue de al menos 1 día, pero inferior a 1 mes. Sin embargo, la alteración no es atribuible a un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos, esquizoafectivos, por enfermedad o consumo de sustancias, aunque este último criterio no se puede comprobar, ya que el peritado consumía sustancias durante el periodo de tiempo que surgieron los delirios.

Trastorno delirante.- Las ideas delirantes no extrañas, deberían presentarse durante por lo menos 1 mes. Según información recogida, los delirios (de persecución y de referencia) duran menos tiempo, en torno a una o dos semanas como máximo, y se consigue la racionalización de éstos.

No se cumple uno de los criterios principales (criterio A) para la esquizofrenia, es decir, no aparecen ideas delirantes ni alucinaciones, lenguaje o conducta gravemente desorganizada y/o catatónica.

Al igual que en el caso del trastorno psicótico breve, el criterio referente sobre los efectos fisiológicos directos de algunas sustancias, se pone en duda, ya que en el momento de la evaluación J.V. reconoce el consumo de hachís y cocaína cuando se encontraba peor o tenía ideas extrañas.

Trastorno obsesivo – compulsivo.- Dicho trastorno se caracteriza por pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y comportamientos de tipo repetitivo que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta a sus obsesiones para reducir el malestar que le producen. Sin embargo, en algún momento del trastorno la persona ha reconocido que estas obsesiones

y compulsiones resultan excesivas o irracionales, e intenta poner algún tipo de remedio en marcha para dejar de realizar la actividad compulsiva. Es por ello que queda excluido este trastorno, J.V. en ningún momento reconoce que el hecho de realizarse cortes en muñecas y antebrazos sea algo irracional, de hecho a él le sirve para aliviar la tensión y satisfacer su necesidad de gusto por el dolor, tal cual ha expresado.

En referencia a sus rasgos de personalidad se pueden tener en cuenta los siguientes trastornos:

Trastorno esquizotípico de la personalidad.- Caracterizado por un patrón de déficit sociales e interpersonales asociados a malestar agudo y a una capacidad reducida para las relaciones personales, así como distorsiones cognoscitivas o perceptivas y excentricidades del comportamiento, que comienza a principio de la edad adulta y se da en diversos contextos.

Presenta determinados rasgos esquizotípicos de la personalidad. Tiene ideas de referencia reflejado en que a veces cree que hablan de él, ha llegado a pensar en que le controlaban el pensamiento, le vigilaban o le seguían, si bien es cierto que en la actualidad dichas ideas han desaparecido. Su afectividad es restringida, expresado incluso en su forma de comunicarse con los demás, no llegando a ser su lenguaje estereotipado se expresa de forma pobre y con monosílabos, siempre se muestra conforme. Refiere no tener amigos íntimos, el único es su padre, el único en que confía. Muy suspicaz en general tanto con el personal de la cárcel como con los compañeros.

Trastorno esquizoide de la personalidad.- Un patrón general de distanciamiento de las relaciones sociales y de restricción de la expresión emocional en el plano interpersonal que comienza a principio de la edad adulta y se da en diversos contextos.

Aunque aparecen ciertos rasgos esquizoides, éstos no son suficientes para un diagnóstico de trastorno de la personalidad. Por otra parte dichos rasgos se justifican en parte por su carácter introvertido y el propio ambiente carcelario. Generalmente escoge actividades solitarias para no molestar a nadie, aunque sí refiere que es más entretenido trabajar con alguien “por lo menos vas hablando y se pasa el tiempo”. Apenas disfruta con lo que hace pero es lógico dado su desánimo habitual y sus pensamientos recurrentes de muerte, hace actividades, según comenta para pasar el rato. No tiene amigos íntimos, como ya se ha señalado antes, según su apreciación, el único amigo íntimo que tiene es su propio padre. Se muestra indiferente no sólo a los halagos y a las críticas sino a todo lo que ocurre a su alrededor, a excepción de lo que acontece a su familia.

Trastorno de la personalidad por evitación.- Patrón general de inhibición social, sentimientos de inferioridad y una hipersensibilidad a la evaluación negativa, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos.

Evita el contacto interpersonal importante o con implicación emocional, pero tal como explica él mismo, no por miedo a ser criticado sino por la situación carcelaria, sólo le preocupan las críticas dirigidas hacia su familia, no se implica con la gente por el simple hecho de que es suspicaz y no confía en nadie. En sus relaciones íntimas no se reprimía, pero actualmente no tiene ninguna, aún así y dada su experiencia pasada, dice no fiarse de las mujeres al recordar que su pareja le abandonó tras llevar seis meses en prisión, marchándose con otro. La preocupación por ser criticado en situaciones sociales la expresa a modo de incomodidad, como la sensación de saber que la gente está hablando de él, más que el que dirán. Por su timidez se inhibe en situaciones interpersonales nuevas, no sabe comportarse ante gente desconocida.

Análisis funcional

El peritado cuenta con una serie de predisponentes personales, tales como una baja autoestima, carácter introvertido, haber sido educado en un ambiente familiar carente de normas, unido a frecuentar un grupo de iguales conflictivo. Todo ello favoreció negativamente en la dinámica vital de J.V. El consumo de drogas desde los 14 años (hachís y cocaína) y la realización de actos delictivos terminó propiciando su entrada en prisión por un homicidio en grado de tentativa y robo con intimidación. Durante los cinco años que el peritado lleva cumpliendo condena se han sucedido una serie de acontecimientos que han provocado que J.V. halla desarrollado una serie de conductas que han derivado en un estado de *ansiedad excesiva*.

Dichos acontecimientos se resumen en:

- Cumplirá condena durante 13 años
- La actitud de su padre no ha variado desde entonces, le apoya incondicionalmente, sus visitas son continuas, investigó en el caso de su hijo y no deja de presionarle para que participe en las actividades de la prisión.
- Su consumo de drogas, aunque ha disminuido desde su ingreso, no ha dejado de producirse.
- Ha generado un sentimiento de indefensión ante la situación, no cree que sea posible hacer nada, puesto que la sentencia es firme, y tampoco le interesa hacer nada para que su condena sea rebajada, no le merece la pena.
- Unas semanas antes del intento de suicidio, la mujer con la que mantenía una relación, desde la cárcel, le comenta la posibilidad de estar embarazada, aunque finalmente no fue así y dejaron de tener contacto.

Fueron hechos que derivaron en un *delirio de persecución y autorreferencia*, que acabó desencadenando un estado de *ansiedad excesiva* que llegó a tal gravedad que provocó el *intento de suicidio* de J.V.

Tras este intento surgieron una serie de consecuencias a corto plazo como fueron el recibir atención y cuidados por parte de compañeros y funcionarios de prisión, permanecer en el módulo de enfermería y disminución de su estado de

ansiedad. Sin embargo el intento autolítico y el mantenimiento del apoyo incondicional de su padre, su sentimiento de indefensión han provocado a largo plazo sentimientos de apatía y fluctuaciones en su estado de ánimo, aumento de la indefensión anteriormente señalada y pensamiento catastrofista, aumento de la preocupación por su familia, estancia con internos de apoyo, pensamientos recurrentes de muerte, racionalización del delirio de persecución y autorreferencia. Consecuencias que acaban derivando en un autocontrol y afrontamiento deficitarios que vuelven a generar estados de *ansiedad excesiva* y provocan *conductas autolesivas* que ayudan a mantener tanto las consecuencias a corto plazo anteriormente señaladas y a largo plazo generan las mismas consecuencias. Con lo que se produce un círculo vicioso del que sólo es posible salir si se racionaliza la situación y se cubren las carencias de autocontrol y afrontamiento, Belloch y Fernandez-Álvarez (2005).

El modelo explicativo queda reflejado en la Figura 1.

Análisis de peligrosidad

En el momento de la valoración no se considero oportuno llevar a cabo un análisis psicológico de su peligrosidad. Realizándose recomendaciones sobre la realización de dicho análisis cuando el preso esté más cerca de cumplir las $\frac{3}{4}$ partes de la condena ya que el examinado ni siquiera ha llegado a cumplir la mitad de ésta.

En todo caso, consideramos que presenta un importante grado de "peligrosidad" pero dirigida hacia sí mismo, ya que continuamente tiene conductas autolíticas consistentes fundamentalmente en cortes en muñeca y antebrazos que de continuar en el tiempo pueden llegar a provocarle daños importantes. Por tanto, su agresividad no está dirigida hacia el entorno o los demás sino hacia él mismo.

Conclusiones

1. A tenor de las entrevistas, exploración psicopatológica y pruebas psicodiagnósticas realizadas a J.V. éste presenta sintomatología ansiosa clínicamente significativa, junto con un patrón desadaptativo de personalidad de tipo esquizotípico y evitativo.
2. El examinado presenta un alto grado de peligrosidad hacia su propia persona, manifestado por sus frecuentes conductas autolesivas y pensamientos suicidas. No obstante, no se pudo objetivar en la evaluación realizada, que en la actualidad exista ninguna planificación de suicidio.
3. Por todo ello, se recomienda que J.V. permanezca en el Módulo de Enfermería con el fin de prevenir futuros intentos suicidas o autolíticos de mayor gravedad. Asimismo, se estima oportuno que continúe con el protocolo de suicidios.
4. Finalmente, se recomienda una terapia psicológica de tipo cognitivo-conductual, centrada específicamente en el control de los impulsos, ansiedad y entrenamiento en habilidades sociales.

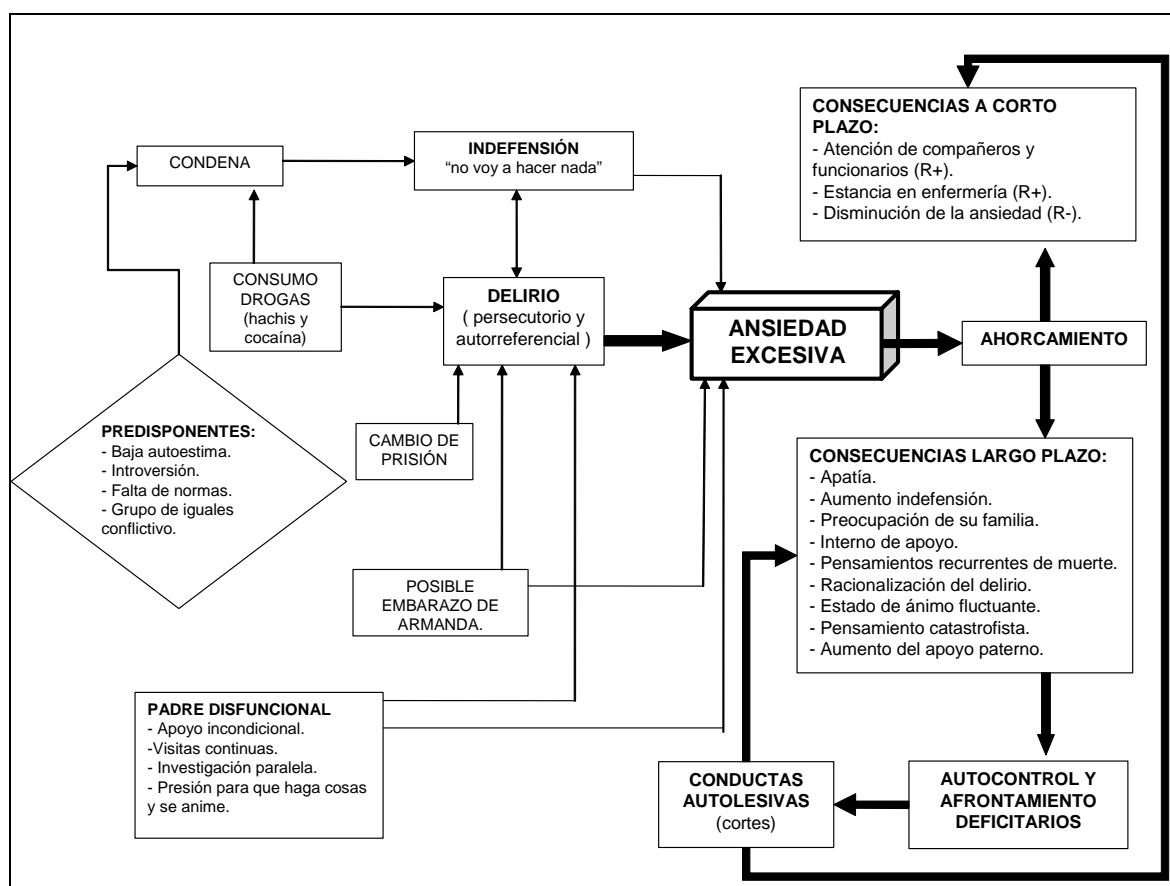


Figura 1: Modelo explicativo.

Referencias

- Baños, R. y Perpiñá, C. (2004). *Exploración Psicopatológica. Guía técnica*. Madrid: Síntesis.
- Belloch, A. y Fernández – Álvarez, H. (2005). *Trastornos de Personalidad. Guías de intervención*. Madrid: Síntesis.
- Del Corral, P. (2003). Trastorno antisocial de la personalidad. En E. Echeburúa (Comp.), *Personalidades violentas*. Madrid: Pirámide.
- González de Rivera, J. L., De las Cuevas, C., Rodríguez, M. & Rodríguez F. (2002). *Cuestionario de 90 síntomas SCL-90-R de Derogatis, L.* Adaptación española. Madrid: TEA Ediciones.
- Hathaway, S. R. y McKinley, J. C. (1999). *MMPI-2. Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2*. Madrid: TEA.
- Loranger, A.W., Sartorius, N., Andreoli, A., Berger, P., Buchheim, P., Chanabavanna, S.M., Coid, B., Dahl, A., Diekstra, R.F., Ferguson, B., et al. (1994). The International Personality Disorder Examination. The World Health Organization/Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration international pilot study of personality disorders. *Arch. Gen. Psychiatry*, 51, 215-224.
- Organización Mundial de la Salud (1996). *I.P.D.E. Examen internacional de los trastornos de la personalidad*. Madrid: Meditor.
- Ortiz, P. (1992). *Evaluación Intelectual en la Clínica*. En A. Ávila y cols. *Evaluación Psicológica Clínica I*. Salamanca: Amarú.
- Pichot, P., López, J. y Valdez, M. (1995). *DSM-IV. Breviario criterios diagnóstico*. Barcelona: Masson.
- Wechsler, D., Zimmerman, I.L. y Woo-Sam, J.M. (1997). *WAIS: escala de inteligencia de Wechsler para adultos*. Madrid: TEA ediciones.

(Artículo recibido: 23-1-2007; aceptado 1-10-2008)

