

# Impacto sobre la vulnerabilidad psicótica del abordaje terapéutico en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla

P Massé-García, FJ Lamas-Bosque y A Massé-Palomo

Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla

## RESUMEN

**Objetivos:** analizar los cambios en la vulnerabilidad psicótica tras la aplicación de un programa de tratamiento psiquiátrico penitenciario, la reincidencia delictiva tras realizar un seguimiento posterior a la excarcelación y variables de interés criminológico.

**Material y método:** revisión de una muestra de 50 pacientes diagnosticados de esquizofrenia ingresados en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla.

**Resultados:** Se aprecia una reducción estadísticamente significativa de la vulnerabilidad psicótica, evaluada mediante el Inventario Psicopatológico de Frankfurt (FBF-3), tras realizar un abordaje integral psiquiátrico, psicológico, social y rehabilitador en el ámbito penitenciario. También se reducen significativamente los síntomas básicos en percepción compleja y lenguaje. La disminución es particularmente apreciable en el número de pacientes categorizados como de gravedad media-alta y alta.

La reincidencia delictiva en el seguimiento posterior a la excarcelación de los pacientes de la muestra en estudio es baja (6%) y en ningún caso por delito grave o que haya supuesto un daño físico. La reincidencia delictiva, cuando se produce, no es inmediata.

Aunque existe cierta versatilidad delictiva, es limitada. Las víctimas más frecuentes con relación previa con el paciente son los padres. La mayoría de los pacientes de la muestra, y la totalidad de los reincidentes, tienen consumo comórbido de sustancias (patología dual).

**Discusión:** Son necesarios estudios más amplios para poder establecer relaciones de causalidad entre la reducción de la vulnerabilidad psicótica y el abordaje integral psiquiátrico, psicológico, social y rehabilitador en el ámbito penitenciario; o para atribuir el escaso índice de reincidencia delictiva a esa disminución de la vulnerabilidad psicótica.

**Palabras clave:** Prisiones; Esquizofrenia; Psiquiatría Forense; Criminología; Violencia; Competencia Mental; Trastornos Psicóticos; Compensación y Reparación; Víctimas de Crimen.

## IMPACT ON THE PSYCHOTIC VULNERABILITY OF THE THERAPEUTIC APPROACH IN THE PRISON PSYCHIATRIC HOSPITAL IN SEVILLE (SPAIN)

## ABSTRACT

**Objectives:** to analyze changes in psychotic vulnerability following the implementation of a program of prison psychiatric treatment, recidivism after the release and various descriptive variables of criminological interest.

**Materials and methods:** review of a sample consisting of 50 patients diagnosed with schizophrenia admitted to the Prison Psychiatric Hospital of Seville.

**Results:** there was a statistically significant reduction of psychotic vulnerability according to an assessment using the Frankfurt psychopathological inventory (FBF-3), after conducting a complete psychiatric, psychological,

social and rehabilitation approach in the prison environment. The core symptoms relating to complex perception and language also decreased significantly. The reduction is particularly noticeable in the number of patients categorized as medium-high and high severity.

Recidivism in the follow-up of release of patients in the study sample is low (6%) and there were no cases of serious felony or grievous bodily harm. Recidivism, when it occurs, is not immediate.

Although there is some criminal versatility, it is limited. The most frequent victims are parents with a previous relationship with the patient. Most of the patients in the sample, and all recidivists, have comorbid substance abuse (dual diagnosis).

**Discussion:** we need more comprehensive studies to establish causal relationships between the decrease in psychotic vulnerability and an integrated psychiatric, psychological, social and rehabilitation approach in prisons; or to attribute the low rate of recidivism to the decline of psychotic vulnerability.

**Keywords:** Prisons; Schizophrenia; Forensic Psychiatry; Criminology; Violence; Mental Competency; Psychotic Disorders; Compensation and Redress; Crime Victims.

Fecha de recepción: 23/10/2015

Fecha de aceptación: 12/05/2016

## INTRODUCCIÓN

Socialmente, se tiende a perpetuar ciertos estereotipos relativos a las personas diagnosticadas de trastornos mentales graves como la esquizofrenia, que señalan que la compensación psicopatológica o incluso la mejoría no resultan posibles, o bien que cuando se logra nunca es estable en el tiempo. En la misma línea, también son habituales los tópicos relacionados con que en los centros penitenciarios no se ayuda a nadie, que quien ha presentado una determinada conducta delictiva en un momento determinado de su vida necesariamente volverá a reincidir en dicha conducta. Entendemos que el interés de este estudio consiste fundamentalmente en asomarnos a la entorno de los pacientes esquizofrénicos sometidos judicialmente a medidas de seguridad por comportamientos delictivos y tratar de poner a prueba ese escepticismo terapéutico. Una de las teorías sustentatorias de la explicación de la punitividad se basa en los sentimientos de inseguridad<sup>1</sup>. Confiamos que una estimación más ajustada a la realidad de los riesgos de reincidencia de los pacientes diagnosticados de esquizofrenia contribuya a modular los sentimientos de inseguridad de la sociedad, y, con ello, ajustar las formas de punitividad a las necesidades específicas de esta población.

El análisis de determinados trastornos que podrían estar relacionados con la criminalidad representa un importante campo de estudio en el ámbito de la criminología<sup>2</sup>. A juicio de reputados autores<sup>3</sup>, ni todos los esquizofrénicos ofrecen ese elevado riesgo de que se produzcan este tipo de conductas ni existe un acuerdo respecto a la incidencia de la conducta violenta de los enfermos esquizofrénicos. Otros autores<sup>4</sup> consideran que los psicóticos no son enfermos especialmente peligrosos, aunque durante el comienzo de la enferme-

dad, y, sobre todo, cuando el paciente aún no ha recibido ningún tratamiento, la agresividad del enfermo psicótico puede ser más elevada. Además, la existencia de ideas delirantes, sobre todo de perjuicio o de persecución, les puede llevar a generar actitudes violentas o incluso a cometer delitos contra las personas tan graves como el homicidio<sup>5</sup>.

En cuanto a los elementos psicopatológicos en los que se ha evidenciado mayor asociación con conductas violentas, seguiremos a Derek Chiswick<sup>6</sup>, quien realiza una acertada y extensa revisión. Algunos autores<sup>7</sup> señalan entre las ideas delirantes en las que se ha apreciado un incremento de probabilidad de que un paciente actúe de forma violenta a aquellas que producen miedo, o provocan indignación o celos, o implican daño o amenazas de un pariente próximo. No obstante, otros<sup>8</sup> infirieron de su estudio que los delirios que inducen inhibición de la acción aparentemente también reducen el potencial de realizar actos violentos. En cuanto a las alucinaciones, Zisook et al<sup>9</sup> hallaron que los pacientes que padecían alucinaciones instructoras no eran más violentos que los controles. En una muestra de pacientes forenses en 1990<sup>10</sup> registraron que el contenido de las alucinaciones era más violento que de los otros tipos, y casi la mitad de la muestra informó haber actuado bajo su influencia con total obediencia.

## MATERIAL Y MÉTODO

La muestra está constituida por 50 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia que permanecieron ingresados en calidad de internados judiciales tras haber sido declarados inimputables en función de su patología psiquiátrica, los cuales han sido excarcelados y

cuya observación en el período tras la excarcelación ha tenido una duración no inferior a un año y no superior a seis años. La selección de los pacientes de la muestra se realizó con criterios de aleatoriedad.

Entre los años 2009 y 2013 se aplicó a los pacientes el Inventario Psicopatológico de Frankfurt (FBF-3) antes y después de realizar tratamiento psiquiátrico, psicológico, social y rehabilitador en el ámbito penitenciario, como parte del proceso habitual de evaluación clínica del proceso terapéutico seguido en este Hospital Psiquiátrico Penitenciario. El Inventario Psicopatológico de Frankfurt (FBF-3) de Süllwold y Huber (1986)<sup>11</sup> es uno de los instrumentos más extendidos para la evaluación de síntomas básicos. Los síntomas básicos proporcionan evidencia y medida del campo de vulnerabilidad tanto pre como postpsicótica, y muestran el sustrato transfenoménico del cual surgen los síntomas típicos de los brotes productivos.

Con objeto de verificar la posible reincidencia delictiva de los pacientes excarcelados se ha consultado el Sistema de Información Penitenciaria (SIP). El análisis estadístico de los datos se ha realizado mediante el Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). Se analizan diversas variables de interés criminológico.

## RESULTADOS

En cuanto a la efectividad del abordaje integral psiquiátrico, psicológico, social y rehabilitador en el ámbito penitenciario, medidos mediante el FBF-3, hemos partido de la hipótesis de que los resultados del post-test serán inferiores a los resultados pre-test, puesto que los pacientes esquizofrénicos que constituyen nuestra muestra han debido reducir su grado de vulnerabilidad psicótica. Efectivamente, existe una diferencia en las medias de las puntuaciones en el FBF-3 antes del abordaje terapéutico en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario (38,40) y después del mismo (33,22). Estas diferencias resultan significativas, puesto que la significación bilateral en la Prueba T de Student para dos muestras relacionadas es menor que 0,05 (0,033).

Asimismo, hemos comparado las medias de las puntuaciones en el FBF-3 antes del abordaje terapéutico en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario en sus distintas subescalas (pérdida de control, percepción simple o inestabilidad sensorial, percepción compleja, lenguaje, cognición y pensamiento, memoria, motricidad, pérdida de automatismos, angustia y anhedonia, e irritabilidad por sobreestimulación). Existen diferencias significativas (valor de  $p < 0,05$ ) en los síntomas básicos de percepción compleja (puntuaciones medias de 63,79 antes del abordaje terapéutico; y de 58,81

después); y de lenguaje (puntuaciones medias de 61,32 antes del abordaje terapéutico; y de 55,18 después).

Hemos realizado una categorización de la gravedad del grado de vulnerabilidad psicótica según se trate de ausente, dudosa, media-baja, media-alta, alta o muy alta, que se expone visualmente en las Figura 1, correspondiente a la vulnerabilidad medida según el FBF-3 con anterioridad a la intervención; y la Figura 2, tras la intervención terapéutica en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario. El hallazgo más relevante es la reducción del número de pacientes con nivel de gravedad media-alta (26% antes del tratamiento; 16% después del mismo) y alta (20% antes del tratamiento; 16% después del mismo).

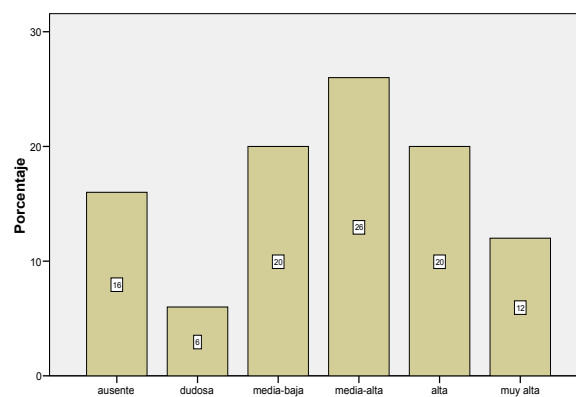


Figura 1. Vulnerabilidad psicótica previa a la intervención en el ámbito penitenciario.

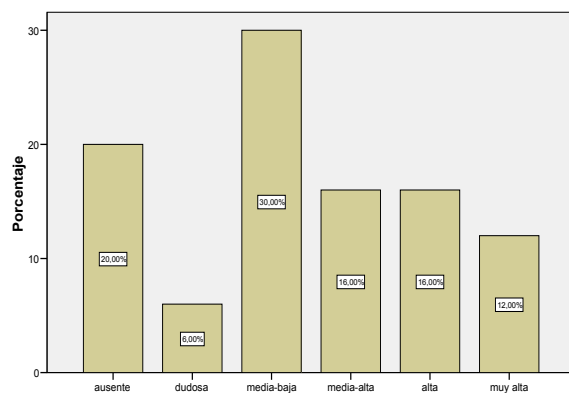


Figura 2. Vulnerabilidad psicótica posterior a la intervención en el ámbito penitenciario.

De la muestra de 50 pacientes diagnosticados de esquizofrenia ingresados en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario a los que se ha realizado un seguimiento posterior a la excarcelación de una duración de entre uno y a seis años, 3 de ellos (6%) reincidieron en algún comportamiento delictivo del que se derivó el ingreso en algún centro penitenciario mediante sentencia firme; 47 de ellos (el 94%), no reincidieron.

En los pacientes con reincidencia delictiva también hubo una discreta reducción (aunque menor) en las medias de las puntuaciones en el FBF-3 antes del abordaje terapéutico en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario (37,33) y después del mismo (36,33), si bien en este caso al tratarse de una muestra muy reducida no resulta posible aplicar pruebas que nos permitan discernir su grado de significación estadística.

De los 3 pacientes que reincidieron, 2 de ellos (66,6%) reingresaron en un centro penitenciario ordinario con una pena privativa de libertad (centros penitenciarios de Puerto III; y de Sevilla II) y uno de ellos (33,33%) reingresó en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario sometido a una medida de seguridad. El tiempo medio que los pacientes permanecieron en libertad hasta la reincidencia delictiva fue de 539,67 días (mínimo de 250 días; máximo de 732 días; desviación típica de 255,31). Los hechos delictivos por los que reingresan son delitos de amenazas en uno (33,33%) de los casos, delitos de quebrantamiento de condena en un caso (33,33%) y delitos de quebrantamiento de medida cautelar en el otro caso (33,33%). La duración máxima de la privación de libertad que se les impone oscila entre los 6 y los 35 meses (media de 19,10 meses; desviación típica de 14,70). Según el vigente Código Penal, se consideran penas menos graves aquellas cuya duración está comprendida entre tres meses y cinco años, por lo que se trata en todos los casos de penas menos graves. Como puede apreciarse, en ninguno de los casos los hechos delictivos por los que los pacientes reinciden han supuesto un daño físico directo a terceras personas. Todos (100%) los pacientes que reincidieron tenían antecedentes de consumo de tóxicos.

El 76% de los pacientes de la muestra, además del diagnóstico de esquizofrenia, consumían tóxicos de forma comórbida; el 24% no consumían.

Existe cierta diversidad en cuanto a los delitos que cometen los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia de la muestra, como se muestra en la Tabla 1, siendo los más frecuentes los delitos de lesiones (24%); malos tratos (18%); los de asesinato u homicidio consumados o en grado de tentativa (una vez agrupados, 20%); y amenazas (16%). Aunque esta versatilidad es limitada, teniendo en cuenta la ausencia de numerosos tipos delictivos entre los pacientes de la muestra. En cuanto a la tipología, los delitos más frecuentes que cometen los pacientes esquizofrénicos de la muestra en estudio son los delitos contra las personas (38%); delitos de malos tratos en el seno familiar (24%); y delitos contra la libertad, que suelen consistir en quebrantamiento de medidas de alejamiento (16%). Se expone en la Tabla 2.

En cuanto a la relación con la víctima, la muestra se divide igualmente entre los pacientes que tenían relación previa con la víctima (50%) y los que no la tenían (50%). De entre aquellos que tenían relación previa con la víctima, los padres del paciente son los más frecuentemente victimizados (38% de la muestra). Se expone en la Tabla 3.

Un factor de estudio muy importante lo constituye el destino de los 50 pacientes diagnosticados de esquizofrenia una vez excarcelados, que se expone en la tabla 4. El 48% se excarcelaron con la tutela de personas de su familia. El 50% se excarcelaron con tutela institucional, tras la remisión de un protocolo de búsqueda de recursos a los Servicios de Salud Mental Comunitarios. Uno de los pacientes (2% de la muestra) se excarceló sin tutela familiar o institucional por considerarse suficientemente autónomo.

## DISCUSIÓN

Existe una diferencia en las medias de las puntuaciones en el FBF-3 antes del abordaje terapéutico en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario (38,40) y después del mismo (33,22) que resultan significativas. También se aprecia una reducción en la gravedad del grado de vulnerabilidad psicótica, apreciándose un desplazamiento de las categorías de gravedad media-alta y alta hacia la media-baja. Es posible atribuir estos resultados a la efectividad del abordaje integral psiquiátrico, psicológico, social y rehabilitador en el ámbito penitenciario, aunque deberíamos tener en consideración otros factores de confusión, como que los resultados pudieran atribuirse al efecto normalizador de los hábitos de vida derivados de la privación de libertad que podrían por sí mismos resultar beneficiosos a pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, en la línea de las tesis defendidas en la teoría del control social<sup>12</sup>.

Existen diferencias significativas (valor de  $p < 0,05$ ) en el síntoma básico de percepción compleja, siendo las puntuaciones medias de 63,79 antes del abordaje terapéutico; y de 58,81 después de éste. En la subescala de percepción compleja, el FBF-3 recoge sintomatología “preproductiva”, consistente en deformaciones de perceptos, inseguridades en su interpretación o en enlentecimientos, dificultades o ambivalencias en el enjuiciamiento de la escena en general o de fragmentos de la misma<sup>13</sup>. Entendemos que la reducción de este aspecto de la vulnerabilidad psicótica puede resultar especialmente importante en la disminución de la reincidencia delictiva, ya que precisamente la causa de numerosos hechos delictivos cometidos por pacientes esquizofrénicos radica en la interpretación autorreferencial de situaciones neutras, a las que se pue-

Tabla 1. Delito que motiva la medida de internamiento.

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos		
Asesinato	2	4,0
Asesinato en tentativa	3	6,0
Homicidio	2	4,0
Homicidio en tentativa	2	4,0
Lesiones	12	24,0
Amenazas	8	16,0
Robo	2	4,0
Quebrantamiento de medida cautelar	1	2,0
malos tratos habituales	10	20,0
atentado	4	8,0
violencia doméstica	2	4,0
hurto	1	2,0
agresión sexual	1	2,0
Total	50	100,0

Tabla 2. Tipología delictiva.

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos		
contra la personas	19	38,0
contra la propiedad	3	6,0
contra la libertad sexual	1	2,0
violencia de genero	2	4,0
Delito de maltrato familiar	12	24,0
contra la seguridad del estado	5	10,0
delitos contra la libertad	8	16,0
Total	50	100,0

Tabla 3. Relación con la víctima.

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos		
sin relación	25	50,0
padres	19	38,0
pareja	5	10,0
hermanos	1	2,0
Total	50	100,0

Tabla 4. Tutela familiar o institucional tras la excarcelación.

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos		
Libertad con la familia	24	48,0
Protocolo Búsqueda de Recursos	25	50,0
Libertad sin apoyo familiar	1	2,0
Total	50	100,0



de responder de forma violenta especialmente cuando el paciente siente que se invalida su control frente a la amenaza, en la línea de lo expuesto por Stueve<sup>14</sup>. De hecho, la base jurídica de la inimputabilidad se sustenta en la falta de capacidad para entender o para dirigir los actos conforme a dicha comprensión.

Existen asimismo diferencias significativas (valor de  $p < 0,05$ ) en la subescala de lenguaje, siendo las puntuaciones medias de 61,32 antes del abordaje terapéutico; y de 55,18 después del mismo. El FBF-3 recoge en esta subescala dificultades percibidas subjetivamente que afectan a la comprensión del lenguaje escuchado o leído, pero también dificultades en la expresión verbal. Estas dificultades también tienen que ver con el aislamiento social del psicótico, buscado por él mismo, y la correspondiente disminución de la tolerancia a la compañía de otras personas e incluso de la “emocionalidad expresada”, como señalan sus autores (Süllwold y Huber, 1986). Por lo tanto, la mejora en las puntuaciones de la subescala de lenguaje puede contribuir a reducir la tendencia al aislamiento y la mala tolerancia a la compañía de otras personas. Ello puede favorecer una mejora en el soporte social del paciente esquizofrénico y por lo tanto reducir las posibilidades de reincidencia delictiva, pudiendo constituirse en un factor de protección en la línea de lo argumentado por autores como Farrington<sup>15</sup>.

Hemos de resaltar como uno de los resultados más relevantes de este estudio el hecho de que la reincidencia postexcarcelación de los pacientes diagnosticados de esquizofrenia de la muestra en estudio puede considerarse muy baja, del 6%, frente al 94% de pacientes que no han reincidido. Este dato contrasta con cierto grado de escepticismo que se muestra con respecto a los tratamientos psiquiátricos en general o a los aspectos relativos a la reinserción y rehabilitación que se desarrollan en la aplicación de las medidas de seguridad en el medio penitenciario, ya que se tiende a pensar que la reincidencia delictiva es la norma en los pacientes con trastorno mental grave que se excarcelan. Como muestran estos resultados, la reincidencia es la excepción.

En los pacientes reincidentes, la reducción en las medias de las puntuaciones en el FBF-3 antes del abordaje terapéutico en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario (37,33) y después del mismo (36,33) es inferior (un punto) a la que experimentaron los pacientes no reincidentes (5,18 puntos). De estos resultados podría inferirse cierta capacidad predictiva en la probabilidad de reincidencia delictiva en función del mayor o menor grado de reducción de las puntuaciones en el FBF-3 tras la aplicación de un programa biopsicosocial y rehabilitador penitenciario, aunque la afortunadamente reducida muestra disponible de pacientes

reincidentes nos hace ser cautos en ese sentido, para lo cual se necesitarían estudios con un tamaño muestral mucho más amplio, incluyendo al menos a 500 pacientes.

En esta misma línea, también los resultados muestran que en ese reducido porcentaje de casos en los que se ha producido una reincidencia delictiva, ésta tampoco ha sido inmediata, sino en torno a un año y medio (539 días) tras la excarcelación, de lo que cabe inferirse también cierta efectividad del tratamiento psiquiátrico y penitenciario.

Del hecho de que en dos terceras partes de los pacientes con reincidencia delictiva las autoridades judiciales hayan aplicado penas privativas de libertad en lugar de medidas de seguridad (es decir, se ha considerado que cuando han tenido lugar los nuevos hechos que se le imputan no tenían una afectación sustancial de sus facultades intelectivas o volitivas que alteren su capacidad de entender o dirigir sus actos conforme a dicha comprensión) podría inferirse que las variables que hayan tenido más peso en la reincidencia en esos casos no guardarían relación directa con descompensación de su trastorno esquizofrénico, y deberíamos tener más en consideración otro tipo de cuestiones. Un factor muy importante a tener en cuenta es el consumo de sustancias tóxicas, visto que es un denominador común en la totalidad de los pacientes reincidentes (100%), estando la totalidad de la muestra constituida por un 76% de consumidores. Existe larga tradición en criminología acerca de establecer correlaciones entre consumo de drogas y probabilidad de delinquir, que algunos autores<sup>16</sup> han cifrado entre 2,8 y 3,8 veces. Si bien en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario se realiza un importante esfuerzo terapéutico en el abordaje del consumo de sustancias tóxicas y una coordinación con los centros comunitarios de atención a las drogodependencias, probablemente una lectura constructivamente crítica de estos resultados nos invita a reforzar este aspecto del tratamiento psiquiátrico y penitenciario.

Posiblemente el esfuerzo que se realiza por parte de los equipos multidisciplinares en tratar de optimizar la continuidad asistencial y vincular a los pacientes con quienes ejercerán una tutela (familiar o institucional) posterior a la excarcelación constituya una pieza clave que permita explicar las bajas tasas de reincidencia delictiva. Coincidimos con la reflexión del Profesor Ferdinand<sup>17</sup> acerca de que la mayoría de los delincuentes tienen muy pocas alternativas cuando salen de un programa de justicia criminal, debiendo tenerse en consideración los programas de atención el libertad en la evaluación de la calidad de los programas de tratamiento durante la privación de libertad.

## CONCLUSIONES

En este estudio de una muestra de 50 pacientes diagnosticados de esquizofrenia ingresados en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla se aprecia una reducción estadísticamente significativa de la vulnerabilidad psicótica, evaluada mediante el Inventario Psicopatológico de Frankfurt (FBF-3) tras realizar un abordaje integral psiquiátrico, psicológico, social y rehabilitador en el ámbito penitenciario. También se reducen significativamente los síntomas básicos correspondientes a la percepción compleja y el lenguaje. La disminución es particularmente apreciable en el número de pacientes categorizados como de gravedad media-alta y alta.

La reincidencia delictiva en el seguimiento posterior a la excarcelación de los pacientes de la muestra en estudio es baja (6%), no inmediata (539 días de media) y en ningún caso por delito grave o que haya supuesto un daño físico.

Aunque existe cierta versatilidad delictiva, es limitada. Las víctimas más frecuentes con relación previa con el paciente son los padres. La mayoría de los pacientes de la muestra, y la totalidad de los reincidentes, tienen consumo comórbido de sustancias (patología dual).

Son necesarios estudios más amplios y metodológicamente complejos para poder establecer sólidamente relaciones de causalidad entre la reducción de la vulnerabilidad psicótica y el abordaje integral psiquiátrico, psicológico, social y tratamiento penitenciario realizado; o para atribuir el escaso índice de reincidencia delictiva a esa disminución de la vulnerabilidad psicótica.

## CORRESPONDENCIA

Pedro Massé-García.  
Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla.  
Ctra. Torreblanca-Mairena, KM 3,5. 41007 Sevilla  
e-mail: pedromasse@gmail.com

## REFERENCIAS

1. Kury H, Obergfell-Fuchs J. Methodological problems in measuring attitudes to punishment (punitivity). En: Kury H, editor. *New developments in theory and research, Punishment and civilization: penal tolerance and intolerance in modern society*. Londres; SAGE; 2002. p. 277-302.
2. Serrano-Maíllo A. *Introducción a la Criminología. Estudios de Criminología y política criminal*. Madrid: Dykinson; 2009.
3. Carrasco-Gómez JJ, Maza-Martín JM. *Manual de Psiquiatría Legal y Forense*, 2ª ed. Madrid: La Ley; 2003.
4. Fuertes-Rocañín JC, Cabrera-Forneiro J. *La Salud Mental en los Tribunales*, 2ª ed. Madrid: Arán; 2007.
5. Modestin J, Ammann R. Mental disorder and criminality: male schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 1996; 22(1): 69-82.
6. Chiswick D. Asociación entre trastorno psiquiátrico y delito. *Psiquiatría forense*. En: Gelder MG, López-Ibor Jr JJ, Andreasen N, editores. *Tratado de Psiquiatría*. Barcelona: Ars Médica; 2003. p. 2439-63.
7. Mullen PE. Peligrosidad, riesgo y predicción de la probabilidad. *Psiquiatría forense*. En: Gelder MG, López-Ibor Jr JJ, Andreasen N, editores. *Tratado de Psiquiatría*. Barcelona: Ars Médica; 2003. p. 2476-91.
8. Teixeira EH, Degalarrondo P. Violent crime and dimensions of delusion: a comparative study of criminal and noncriminal delusions patients. *J Am Acad Psychiatry Law*. 2009; 37(2): 225-31.
9. Zisook S, Paulus M, Shuter SR, Judd LL. The many faces of depression following spousal bereavement. *J Affect Disord*. 1997; 45: 85-95.
10. Rogers R, Gilis JR, Turner RE, Frise-Smith MA. The clinical presentation of command hallucinations in a forensic. *Am J Psych*. 1990; 147: 13004-7.
11. Süllwold L, Huber G. Schizophrenie Basisstörungen. *International Clinical Psychopharmacology*. 1986; 13, suppl 1, 53-7.
12. Sampson RJ, Laub JH. *Crime in the making: pathways and turning points through life*. Cambridge: Harvard University Press; 1993.
13. Jimeno-Bulnes N, Jimeno-Valdés A, Vargas-Aragón M. El síndrome psicótico y el inventario de Frankfurt. Barcelona: Springer-Verlag; 1996.
14. Stueve A, Link BG. Violence and psychiatric disorders: results from an epidemiological study of Young adults in Israel. *Psychiat Q*. 1997 (68): 327-42.
15. Farrington DP, West DJ. Criminal, penal, and life histories of chronic offenders: risk and protective factors and early identification. *Criminal Behaviour and Mental Health*. 1995; 3: 492-523.
16. Bennett T, Holloway K, Farrington D. The statistical association between drug misuse and crime: a meta-analysis. *Aggression and Violent Behavior*. 2008; 13: 107-18.
17. Ferdinand TN. ¿Funcionan las penas? En: *Moderas tendencias en la ciencia del derecho penal y en la criminología*. Madrid: UNED; 2001.