

D O C U M E N T S D E T R E B A L L

INVESTIGACIÓ

(Ajuts a la investigació, 2002)

**Validació i quantificació del
trastorn psicopàtic de la
personalitat dins l'àmbit de la
medicina forense a Catalunya**

Autor

Dr. Àngel Cuquerella i Fuentes

Coautors

Dra. Susana Mohíno i Justes

Dra. Mercè Subirana i Domènech

Dr. Luís María Planchat i Teruel

Any 2002



Generalitat de Catalunya
**Centre d'Estudis Jurídics
i Formació Especialitzada**

Índex

| | |
|--|----|
| 1. Introducció..... | 4 |
| 2. Marc teòric..... | 6 |
| 2.1. Trastorn antisocial de la personalitat versus psicopatia..... | 6 |
| 2.2. Aspectes neurobiològics de la psicopatia | 8 |
| 2.3. Avaluació forense de la psicopatia: PCL:SV..... | 9 |
| 2.4. Aspectes jurisprudencials..... | 12 |
| 2.5. Correlats entre la biografia del psicòpata i puntuació PCL:SV. Perillositat..... | 14 |
| 3. Resultats anàlisi estadístic..... | 16 |
| 3.1. Metodologia..... | 16 |
| 3.2. Resultats..... | 16 |
| 3.2.1 Casos del grup 1 | 25 |
| 3.2.2 Casos del grup 2 | 25 |
| 3.2.3 Casos del grup 3 | 27 |
| 3.2.4 Casos del grup 4 | 28 |
| 4. Discussió. Conclusions..... | 29 |
| 5. Bibliografia..... | 33 |
| 6. Agraïments..... | 36 |

El Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada ha editat aquesta recerca respectant el text original dels autors, que en són responsables de la correcció lingüística.

1. Introducció

Una de les preocupacions més patents dins la societat actual, i específicament dins el món científic, és l'augment alarmant dels índexs de violència i de comportaments antisocials intraespècie. La violència i el comportament agressiu violent són cada cop més rellevants dins les pautes de convivència humana, la qual cosa darrerament ha plantejat a la societat i als especialistes en conducta humana *quin és veritablement l'abast del fenomen*.

El comportament agressiu és innat, defensiu intra e interesespècies, i molts cops es concreta en actituds, gests, mirades i altres conductes humanes de no-contacte físic, que solucionen la major part de conflictes potencials. Altrament, sí és un fet que l'augment de violència física i la *hostilitat* contra les persones i les coses ha augmentat, la qual cosa, juntament amb edats cada cop més matineres en la manifestació d'aquest fenomen, o l'aparició de diagnòstics dins l'àmbit penal com la Síndrome del nen maltractat, la dona o de l'avi maltractats, creen un clima de certa alarma social. La preocupació social per la violència és, doncs, creixent, i prova d'aquest interès és l'augment paral·lel de congressos, symposiums i articles d'investigació referits al fenomen.

Dins l'àmbit estrictament penal, l'estudi del comportament agressiu específicament humà s'interrelaciona fonamentalment amb alguns trastorns de la personalitat, sovint cada cop més diagnosticats. Així, tret del Trastorn Límit de la personalitat, el Trastorn Antisocial de la Personalitat -TAP- apareix com un diagnòstic sovint associat a delinqüents preventius i penats dins els nostres centres penitenciaris.

D'una manera més específica, podríem dir que el Trastorn Antisocial de Personalitat -TAP- es diagnostica al voltant d'un 70% de població reclusa. El fet que el comportament delictiu formi part del diagnòstic d'aquest trastorn fa que aquest sigui *poc discriminant* entre totes aquelles persones que són acusades i/o penades de

delictes especialment greus dins el sistema judicial. Un diagnòstic molt més acurat i específic seria el de *Trastorn Psicopàtic de la personalitat*, que reuniria característiques conductuals pròpies del DSM-IV (APA, 1994) i trets de personalitat del CIE 10 (OMS, 1990), evacuant en l'individu aspectes de personalitat potencials, i conductes observades. El Trastorn Psicopàtic de la Personalitat -TPP- sí discrimina entre la població reclusa, establint-se aproximadament un 20-25% de TPP dins aquest grup.

El diagnòstic de Trastorn Psicopàtic de Personalitat *permet pronosticar risc de perillositat futura de l'individu*. Així, s'ha constatat, en individus amb aquest diagnòstic: (1) més alt risc de reincidència delictiva, (2) major nombre de sancions al àmbit penitenciari, (3) associació amb delictes més greus (lesions greus, violació, homicidi, assassinat), (4) més nombre de trencaments de condemna, (5) més associació amb delictes com la violació, o (6) menor adaptació a programes de tractament usuals de les presons.

És en aquesta línia que la entrevista semi estructurada anomenada *Psychopathy Checklist Screening-Version* (PCL-SV) permet diagnosticar, amb (a) entrevista al subjecte d'uns 45-60' i (b) informació complementària d'aquest, l'alt, mig o baix grau de psicopatia, amb les implicacions directes vers al futur penitenciari i penal ulterior que esmentàvem al paràgraf anterior.

La vàlua d'aquestes dades dins l'àmbit de la població forense a Catalunya (detinguts, preventius) permetria disposar d'una eina diagnòstica d'alt nivell, validada ja dins el nostre àmbit penitenciari, que *permetria avaluar quantitativa i qualitativament el Trastorn Psicopàtic de la Personalitat dins la població que usualment veu el metge forense abans del judici oral*.

2. Marc teòric

2.1 Trastorn antisocial de la personalitat *versus* psicopatia:

El Trastorn Antisocial de la Personalitat -TAP-, d'acord amb la darrera versió del DSM-IV (APA, 1995), es caracteritza per una "persistent violació dels drets dels altres", objectivant-se l'esmentada transgressió en una sèrie de *conductes* que l'avalador ha de valorar per a puntuar o no l'esmentat trastorn. D'altra banda, l'ICD 10 (OMS, 1993) avalua diferents trets de la personalitat (crueltat, intolerància a la frustració, incapacitat per a sentir culpa) que orienten més el diagnòstic cap a *variables de personalitat* no contemplades a la classificació de la APA. Ambdues classificacions defineixen per separat aspectes conductuals i de personalitat, d'altra banda cada cop més propers i convergents conceptualment, que diferents autors han anat integrant dins l'actual concepte de psicopatia. Cleckley (1941) va reunir diferents característiques conductuals i trets de personalitat que van establir les bases modernes per al diagnòstic de psicopatia, que són els següents:

PSICOPATIA CLECKLEY

1. Encant superficial i intel·ligència normal.
2. Absència de deliris i d'altres signes de pensament irracional
3. Absència de nerviosisme i manifestacions psiconeuròtiques
4. Informalitat
5. Falsedat i insinceritat
6. Incapacitat per a experimentar remordiment o vergonya
7. Conducta antisocial irracional
8. Falta de judici i dificultat per a aprendre de la experiència
9. Egocentrisme patològic i incapacitat d'estimar.
10. Pobresa a les relacions afectives

11. Pèrdua específica de la intuïció
12. Poca resposta en les relacions interpersonals
13. Conducta desagradable i exagerada, a cops amb consum exagerat d'alcohol
14. Amenaces de suïcidi no consumades
15. Vida sexual impersonal, frívola i poc estable
16. Dificultat per a seguir qualsevol pla de vida

Serà un autor com R.D. Hare qui operativitza i actualitza mitjançant la *Psychopathy Checklist* les característiques conductuals, interpersonals, afectives i cognitives pròpies de la psicopatia, des d'un model dimensional d'aquesta. Mitjançant l'avaluació de 22 ítems, inicialment (PCL; Hare, 1980), i posteriorment de 20 a la *Psychopathy Checklist: Revised* (PCL:R; Hare, 1991), Hare avalua a aquesta entrevista semiestructurada, juntament amb informació objectiva complementària del propi subjecte, el grau de psicopatia. Al 1995 publica la versió reduïda de la PCL-R, és a dir, la *Psychopathy Checklist: Screening Version* (PCL:SV; Hart, Cox y Hare, 1995), els ítems de la qual s'agrupen en dos factors, essent aquests:

PYCHOPATHY CHECKLIST SCREENING VERSION (PCL:SV)

1. Factor 1:

- a) Ítem 1: superficial
- b) Ítem 2: pretenciositat/vanitos
- c) Ítem 3: mentider
- d) Ítem 4: absència de remordiment
- e) Ítem 5: absència d'empatia
- f) Ítem 6: no acceptació de responsabilitats

2. Factor 2:

- a) Ítem 7: impulsiu
- b) Ítem 8: pobre autocontrol de conducta
- c) Ítem 9: absència d'objectius

- d) Ítem 10: irresponsable
- e) Ítem 11: conducta antisocial a la adolescència
- f) Ítem 12: conducta antisocial adulta

2.2 Aspectes neurobiològics i educatius de la psicopatia

Si la investigació ha enfocat des de sempre la psicopatia amb una perspectiva de personalitat anòmala, les potencialitats i conductes de la qual han de ser previngudes, diagnosticades i/o tractades adequadament en un futur, l'origen d'aquest trastorn encara és àmpliament discutit. Des de perspectives purament biològiques, fins a raonaments estrictament sociològics, les teories que han intentat explicar aquest trastorn han anat succeint-se.

L'enfocament actual d'aquesta qüestió, empíric i àmpliament recolzat per diferents autors, englobaria dades neurobiològiques, sociològiques i educacionals, considerant al psicòpata com una potencialitat que "neix", i que l'ambient modela fins a assolir una socialització i una relació determinada amb el medi que la envolta. Els *estils parentals* (Lykken, 2000) poden determinar que una educació intensa sobre un nen *difícil* pugui convertir-lo en un subjecte socialitzat, i a la inversa, una educació *incompetent* pels pares, sense un mínim control sobre el fill/a, poden convertir a un nen *normal* en un subjecte fortament *antisocial*. En el primer cas poden existir components temperamentals (conductes compatibles amb psicopatia) que dificultin un aprenentatge correcte, però assolible amb una adequada intensitat docent i repressiva de conductes disfuncionals; en el segon cas, el nen pot arribar ser diagnosticat de *sociopatia*.

En relació a las bases neurobiològiques de la psicopatia, és ja un fet provat que la disfunció del sistema nerviós central, quant al lòbul frontal, sistema límbic, hormones sexuals, o fins i tot determinats neurotransmissors, poden condicionar les respostes

davant del medi del subjecte des de petit, mediatitzada per estils parentals, l'aprenentatge vicari (modelatge) o d'altres tòxics, per exemple.

Si bé totes aquestes dades es podrien entendre des d'una òptica jurídica com *deterministes*, o limitades del subjecte quant al seu lliure albir i cognició i, per tant, mereixedores amb més rellevància d'atenuants o eximents davant de conductes presumptament delictives, la nostre intenció tan sols és considerar aquestes troballes o indicis com un element més a l'hora d'entendre el per què de les conductes dels subjectes en general, i dels psicòpates en particular. Les troballes simplement expliquen - no justifiquen- la major *vulnerabilitat* o *fragilitat* de determinats subjectes davant de determinades situacions, no les justifiquen o predeterminen en un sentit *Lombrosià*.

És en relació als comportaments antisocials i violents, que la íntima relació entre lòbul frontal, impulsivitat, condicionament insuficient a la por i conducta delictiva, entre d'altres, queda patent amb estudis neuropsicològics i lesions del còrtex frontal orbitofrontal, ventromedial i dorsolateral.

2.3 Avaluació forense de la psicopatia: PCL-SV

S'han utilitzat fins al moment actual nombroses proves psicomètriques per a la avaluació de la psicopatia. Així, trobem les escales de *Desviació psicopàtica* (Pd) i/o *Hipomania* (Ma) del MMPI (Hathaway y McKinley, 1943; Dahlstrom y Welsh, 1960; Butcher, Dahlstrom, Graham, Tellengen y Kaemer, 1898), i fins i tot la escala de *Socialització* (So), amb correlacions fonamentalment amb el factor II de Hare, a l'igual que la escala So del CPI de Gough.

Altres escales la correlació de les quals és positiva amb el factor II (PCL:SV) serien la *Sensibilitat al càstic-sensibilitat a la recompensa* (SCSR; Torrubia, Ávila, Moltó y Segarra, 1993; Torrubia, Ávila, Moltó y Grande, 1995), escala de *Cerca de*

Sensacions (SSS, Zuckermann), escala de *Antisocialitat* del Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI-I/MCMI-II; Millon, 1981, 1987) o les escales *N5* (impulsivitat) y *E5* (cerca de sensacions) del NEO-PI-R (Costa y Mc Rae, 1993).

Amb el factor I de la PCL-SV obtenim correlacions positives amb la escala de *Maquiavelisme* (Match IV), o la escala de *narcisisme* (NPI). Si bé les escales mencionades anteriorment ens apropen al diagnòstic dimensional de la psicopatia segons Hare, sí permeten donar validesa de contingut a allò que mesurem realment amb la PCL-SV, única eina que integra característiques parcials apuntades a les esmentades escales, característics respecte al factor I, i conductuals respecte al factor II.

Altres proves psicomètriques utilitzades per a avaluar la impulsivitat han estat per exemple la *Eysenck impulsivity scale*, *Barrat impulsiveness scales*, o el IVE (impulsivitat, aventura i empatia). Les escales d'*agressivitat directa/indirecta* de Karolinska, la *hostilitat del Buss-Durkee hostility inventory*, escala de *Maquiavelisme* (Match IV), o la escala de *narcisisme* (NPI) també han estat útils.

La Psychopathy Checklist Screening-Version (PCL-SV) és una nova eina per a avaluar la psicopatia, les característiques psicomètriques de la qual (fiabilitat interavaluadors, consistència interna, validesa concurrent -escales SCSR, *Karolinska scales of personality* i *Questionnaire of psychopathy*-) ja s'han avaluat a una mostra penitenciària espanyola.¹ La PCL-SV és una escala clínica que utilitza informació procedent de les *respostes de l'individu* a una entrevista semiestructurada (antecedents personals, familiars, laborals, afectius, delictius), i d'altra banda, *la informació que s'obté d'arxius complementaris* (dades obtingudes d'entrevistes a familiars, informes psicològics previs, antecedents penals, proves psicomètriques anteriors, informes escolares) que completen i objectiven la anterior. Sense la informació complementària, doncs, és innòcua la valoració *només* en funció de les

¹ Grupo de treball encapçalat pel Dr. Rafael Torrubia Beltri (professor titular Universitat Autònoma de Barcelona -UAB-), i integrat pel Dr. Angel Cuquerella Fuentes, Sr. Ferran Genís (psicòleg), Sr. Juan Carles Navarro i Sr. Joan Manel López Capdevila (psicòlegs centres penitenciaris de Can Brians i la Model respectivament), i Sra. Yolanda Pardo Cladellas (doctorant UAB).

dades que a la entrevista el subjecte ens hagi pogut facilitar doncs evidentment és informació fàcilment manipulable per el propi entrevistat, i sempre ha de ser contrastada amb fonts externes (objectives) al subjecte.

La puntuació dels 12 ítems de què consta la prova oscil·la entre el 0 (no aplicació ítem) fins a 2 (total concordança amb l'ítem). La puntuació total oscil·la entre 0 i 24 punts, amb una línia de tall mitja de 18 (psicopatia significativa), essent el puntatge total la suma de la corresponent al parcial del primer factor o *Factor I* (egoisme, insensibilitat i absència de remordiment) més la del *Factor II* (estil de vida crònicament inestable i antisocial) de l'anàlisi factorial.

A la seva utilització, són els propis autors (Hart, Cox y Hare, 1995) els què recomanen un període d'entrenament amb casos reals i un supervisor, per tal d'homologar (a) l'actual concepte de psicopatia (Hare) en el què es basa la PCV-SV, (b) la pròpia administració de la entrevista, sense biaixos per l'entrevistador, i (c) la correcta puntuació dels 12 ítems a avaluar, la *ponderació* dels quals només s'estableix quan obtenim prèviament tipologies o perfils delictius.

En relació a aquesta darrera qüestió, podríem considerar determinats perfils d'avaluació, proposats amb una finalitat purament metodològica, amb individus *tipus I*, el prototipus del qual serien trets característics marcats de psicopatia (factor I de Hare +) sense greus conductes antisocials; *tipus II*, el perfil dels quals correspondrien al TAP (DSM IV, 1995), amb puntuació al factor II de Hare significativa i trets característics poc relacionats amb la psicopatia; *tipus III*, sense puntuacions significatives a cap dels dos factors (delinqüent comú, per exemple), i *tipus IV*, les puntuacions del qual, elevades als dos factors, orientarien cap a una psicopatia clara i concordant plenament amb l'actual concepte que d'ella en tenim actualment.

Finalment, també poden valorar-se diferents "intensitats" quant a la puntuació total de la escala PCL-SV. Si al paràgraf anterior diferenciàvem quatre "subtipus" en funció del seu pes específic relatiu als factors I (part 1a) o II (part 2a) de la escala,

quant a la puntuació total, els autors⁷ diferencien *psicopatia alta* (psicopatia significativa) a partir d'un puntatge de 18, *psicopatia mitjana* entre 12 i 17, i *psicopatia baixa* quan la puntuació és inferior a 12. Podríem dir que no és comparable, per exemple, una puntuació de 12 només al factor I, en el què s'evidenciarien trets característics psicopàtics importants, sense conductes "antisocials" objectivables, en front d'una puntuació de 12 entre ambdós factors, amb un interès forense llavors més relatiu respecte al diagnòstic de psicopatia.

No val oblidar, d'altra banda, que es defineix a la PCL-SV com un instrument d'*screening*, és a dir, un instrument psicomètric la finalitat del qual és poder identificar subjectes candidats al diagnòstic de *Psicopatia*, originari de la matriu PCL-R. El propi autor d'ambdues proves suggereix què, un cop detectat un subjecte amb possible *psicopatia*, llavors hauria d'afinar-se el diagnòstic amb la passació de la PCL-R, molt més exhaustiva i sense tants falsos positius com la seva versió reduïda.

Si bé en àmbits anglosaxons i nacionals (Moltó, Poy i Torrubia, 2000) la utilització tant de la PCL com de la seva versió revisada PCL-R, per a la avaluació en contextos forenses, ha estat creixent al nostre país, la progressiva utilització de la versió PCL-SV i la correlació amb variables penitenciàries, sociodemogràfiques o delictives també ha motivat un creixent augment del seu us al nostre medi per a la seva aplicació en àmbits forenses. Així, variables com *la edat d'abandonament de a llar, edat de la primera relació sexual, varietat d'abús de substàncies, edat del primer arrest, nombre d'ingressos a presó, nombre total de penes complides, o el nombre total de condemnes per any de llibertat* correlacionen significativament amb el factor II (conducta persistentment antisocial, crònica i inestable).

2.4 Aspectes jurisprudencials

Davant el conflicte "conceptual i terminològic" entre els anomenats psicòpates o sociòpates, i la societat, els tribunals sol·liciten al perit forense avaluacions sobre la

responsabilitat en la consciència i volició respecte a aquells actes antinormatius comesos -imputabilitat- de cara a establir la culpabilitat o no sobre els esmentats actes i, com a conseqüència, la pena oportuna o no a la sentència ulterior.

D'una manera breu, reunint sentències, documents i aspectes parcials de determinats codis penals internacionals (Estats Units, Canadà, Israel, Xina, Portugal, Alemanya, Itàlia, Gran Bretanya o Argentina, entre d'altres), vàrem estudiar (Ortega-Monasterio, Cuquerella, Subirana, Mohíno i Sánchez, 2001) les diferents sensibilitats en àmbits judicials nacionals i internacionals davant del Trastorn Antisocial de la personalitat.

Podem afirmar, d'altra banda, que la corrent jurisprudència del Tribunal Suprem, fins fa pocs anys, considerava en la majoria dels casos una plena imputabilitat -plena consciència/intel·ligència i volició sobre els actes penals comesos, quan únicament es diagnostica TAP, si bé la actual corrent aplica en determinats casos la denominada *atenuant analògica* (art. 21.6º de Codi penal) si concorren, a més del TAP, politoxicofilia (*patologia dual*), oligofrenia lleu, trastorn límit, alcoholisme, pedofília, trastorns depressius o d'altres trastorns de la personalitat associats, o fins i tot aprecien una *eximent incompleta* (art.21.1º CP), si la gravetat del trastorn associat és major, reduint considerablement la punició pels actes comesos.

No deixa de ser paradoxal que encara trobem sentències on es parla de psicopatia epileptoide, psicopatia hipertímic de Schneider, psicopatia explosiva (Martínez, 2001), en les que es generalitza el terme "psicopatia" ("Trastorno Psicopàtic") a la totalitat de trastorns de la personalitat, o a aspectes clínics d'aquesta que podrien, des d'un punt de vista psiquiàtric, englobar-se en entitats nosològiques potser més precises. Hauria doncs, abandonar-se la antiga assimilació entre tipologies de Schneider i psicopatia, en allò que es refereix al seu actual concepte.

Quant a la legislació comparada, la consideració relativa a una *responsabilitat plena també és generalitzada*, si bé de forma particular alguns països consideren *atenuants* o *agreujants* en funció de la *profunditat del trastorn* –com Sudàfrica,

Alemanya, Itàlia, Estats Units–, apliquen –o no (Xina, Rússia)– la intoxicació com atenuant/agreujant, o considerar la *perillositat/reincidència o risc de violència futura* com *agreujant* –Estats Units, Gran Bretanya, Israel–.

2.5 Correlats entre la biografia del psicòpata i la puntuació PCL-SV. Perillositat

Actualment, gràcies a l'ús cada cop més freqüent de la avaluació psicomètrica de la personalitat, fruit de la col·laboració entre la medicina i la psicologia forense - emergent en l'àmbit judicial-, que ha suposat un enfoc tècnic enriquidor per al conjunt de les avaluacions de delinqüents, incloent-hi aquells casos en els que la gravetat del delicte, i/o les característiques conductuals/caracterials del subjecte que la comet, fan necessària per la seva valoració penal i penitenciària l'avaluació d'aspectes com la possibilitat de reincidència, trastorns psiquiàtrics o de personalitat associats, o el nivell de toxicofília. En qualsevol cas, l'estudi de la personalitat del delinqüent és bàsic en tot subjecte en el què no siguin rellevants trastorns psicopatògics majors.

Si tenim en compte l'aforisme que diu que "la millor manera de preveure el futur és estudiar el passat", entendrem per què la PCL-SV basa part de la seva avaluació en estudiar el comportament infanto-juvenil i adult, per tal d'estudiar longitudinalment a la biografia de la persona quins aspectes són més rellevants dins el seu *modus vivendi*, incloent-hi les activitats delictives o margino-deliqüencials.

Ja durant les darreres dues dècades s'han associat, en àmbits anglosaxons, puntuacions altes de la psicopatia-PCL i conductes ulteriors del subjecte a aquestes avaluacions, obtenint-se resultats concloents que engresquen a la utilització pronostica del instrument. Així, *variables precedents* a futurs delictes del propi subjecte (sociodemogràfiques, delictives, penitenciàries) han pronosticat amb certesa estadística conductes *conseqüents*.

En relació a diagnòstics de l'eix I del DSM-IV (APA, 1995), i a altres sorgits recentment, el Trastorn Antisocial de la personalitat o psicopatia pot associar-se a entitats com el *Trastorn per dèficit d'atenció i hiperactivitat*, *Trastorn negativista desafiament*, *Trastorn de control dels impulsos no-especificat*, *Trastorn sàdic de personalitat*, *Trastorn per dependència a estimulants*, *ludopatia*, *Síndrome de la dona maltractada*, *Síndrome de la gent gran maltractada*, o fins i tot del propi *Síndrome del nen maltractat*. Molts comportaments psicopàtics o antisocials estan implicats parcialment en els perfils de subjectes responsables o implicats en les patologies abans mencionades. La psicopatia avaluada mitjançant la PCL:SV, correlaciona doncs, significativament des d'un punt de vista estadístic, amb variables com la edat de primera detenció, número d'ingressos a presó, temps a presó, número total de causes penades o mitjana de delictes per any de llibertat.

Altres variables de personalitat que s'han associat, juntament amb la psicopatia, per tal d'establir un especial *pronòstic de gravetat o perillositat en la futura comissió de delictes* són el narcisisme, pèrdua de control, impulsivitat, manca d'emocions positives i necessitat de dominació, entre d'altres.

Centrant-nos més específicament en tipologies delictives, direm que quant a delictes sexuals, únicament es detecten personalitats psicopàtiques en un 10-15% de delinqüents *paidòfils*, mentre que en *violacions* pot assolir-se el 40-50%. Stone (1998) postula la coexistència de la "personalitat psicopàtica" amb l'anomenat Trastorn Sàdic de Personalitat. Estudis sobre perfils criminals a USA descriuen un 50% d'*assassins de policies* diagnosticats de psicopatia. Finalment, un 25-30% de *maltractadors domèstics* s'han associat al TAP/TPP (Echeburúa et al, 1996).

Així, els diferents aspectes estudiats anteriorment (trets de personalitat, delictes, entitats psicopatològiques i aspectes delictius) podríem concloure que *existeix un correlat positiu entre aquestes variables i els dos factors que defineixen a la PCL-SV*, és a dir, el *factor I* ("detachment") i el *factor II* (estil de vida antisocial, crònic i inestable).

3. Resultats anàlisi estadística

3.1 Metodologia

L'anàlisi estadístic de les dades s'ha dut a terme mitjançant anàlisi amb (a) variables qualitatives [correlacions bivariades tipus Spearman-Brown], i mitjançant anàlisi quantitatiu amb r^2 [coeficient de correlació de Pearson]. S'han establert les mitjanes i desviacions estàndard quant a la *edat*, *edat emancipació*, *factor I*, *factor II*, *PCL:SV total*, *número germans*, *número relacions de parella*, *edat primera relació sexual*, *número relacions sexuals esporàdiques*, i *temps a presó*, amb correlacions. El nivell de confiança estimat s'ha acceptat com a bona a tots aquells resultats amb una $p \leq 0,1$. No obstant això, en números vermells s'han inclòs els resultats amb $p \leq 0,05$, i amb blau els que puntuaven dins la franja $0,1 \leq p \leq 0,5$ (veure annex).

La consistència interna de (a) Factor I, (b) Factor II i (c) Puntuació total PCL:SV s'ha realitzat amb la α de Cronbach.

Finalment, s'ha realitzat una anàlisi *cluster* (mètode Ward amb distància euclídia al quadrat), per tal d'intentar obtenir una possible classificació "en grups" dins la pròpia mostra de 17 casos, en base a les puntuacions dels dos factors de la PCL:SV.

3.2 Resultats

a) Correlacions significatives variables quantitatives:

Els ítems considerats en primer lloc, descrit a la taula 2, descriuen la mitjana estadística i la desviació estàndard de la *edat*, *edat d'emancipació*, *puntuació factor I*, *puntuació factor II*, *número de germans*, *número de parelles estables*,

puntuació PCL:SV total, edat de la primera relació sexual, número de relacions sexuals esporàdiques, i temps total de presó (per delictes previs).

D'acord amb aquests ítems, s'han fet les correlacions que expressem a la taula 3.

| Variable | Número Casos | Mitjana | Desviació estàndard |
|---------------------|--------------|----------------|---------------------|
| EDAT | 17 | 32.2941 | 9.9484 |
| EDADEMANCIPACIÓ | 16 | 19.3125 | 7.2270 |
| FACTOR 1 | 17 | 5.5294 | 2.2113 |
| FACTOR 2 | 17 | 6.9412 | 3.4726 |
| GERMANS | 17 | 5.1765 | 2.7211 |
| NÚM.PARELLES | 17 | 1.8235 | 1.4678 |
| PCL:SV TOTAL | 17 | 12.5294 | 4.5842 |
| EDATPRIM.REL.SEXUAL | 9 | 15.4444 | .8819 |
| NÚMSEXEESPORÀDIC | 16 | 2.8125 | 1.2230 |
| TEMPSPRESÓ | 13 | 16.6923 | 28.3619 |

Taula 2: Mitjana i desviació estàndard variables quantitatives

Dins de la graella ja descrita, de correlacions entre aquestes dades, han estat positives, amb $p \leq 0,10$ les següents:

| | | |
|--|------------|-------------|
| 1. PUNTUACIÓ PCL:SV TOTAL & FACTOR I..... | $r = 0,69$ | $p = 0,002$ |
| 2. PUNTUACIÓ PCL:SV TOTAL & FACTOR II..... | $r = 0,87$ | $p = 0,000$ |
| 3. PCL:SV TOTAL & TEMPS A PRESÓ..... | $r = 0,52$ | $p = 0,069$ |
| 4. TEMPS PRESÓ ANTERIOR & FACTOR II..... | $r = 0,51$ | $p = 0,073$ |
| 5. SEXE ESPORÀDIC & EDAT EMANCIPACIÓ..... | $r = 0,53$ | $p = 0,043$ |
| 6. EDAT PRIMERA RELACIÓ SEXUAL & SEXE ESPORÀDIC..... | $r = 0,76$ | $p = 0,017$ |
| 7. EDAT & EDAT EMANCIPACIÓ..... | $r = 0,45$ | $p =$ |

Taula 3: Associacions significatives variables quantitatives

b) Associacions significatives variables qualitatives:

b.1) Quant als ítems i descripció de les variables, els resultats estadístics foren:

1. AUTOLESIONS (17 subjectes)

0: no: N=14 casos (82,4%)

1: si: N=3 (17,6%)

2. ÈTNIA (17 casos)

Blanc: N=11 (82,4%)

Gitano: N=1 (5,9%)

Magrebí: N=2 (11,8%)

3. NIVELL EDUCATIU (N=17):

1=no sap llegir/escriure: N=2 (11,8%)

2: certificat escolaritat/EGB: N=13 (76,5%)

3: estudis mitjos: BUP, FP; N=1 (5,9%)

4: Titulació superior; N=1 (5,9%)

4. TREBALL/ACTIVITAT LABORAL (N=17)

1:no N=6 (35,3%)

2: esporàdic N=4 (23,5%)

3: regular, fix N=5 (29,4%)

4: fix, estable N=2 (11,8%)

5. INTENTS AUTÒLISI (N=17)

0: no N=14 (82,4%)

1: si N=3 (17,6%)

6. TOXICOMANIES (N=16)

0: no N=4 (15,1%)

1: si N=12 (75%)

7. PRESÓ ANTERIORMENT

0: no N=8 (47,1%)

1: si N=9 (52,9%)

8. TEMPS PRESÓ ANTERIORMENT (N=13)

No: N=5 (38,5%) 1,3,6,12,13,26,72, 84 mesos: N=1 (7,7%)

9. TIPUS DELICTE ACTUAL (N=17)

1: categories 1,9, 13 delictes: N=3 (17,6%)

4: delictes lesions, robatori intimid: N=4 (23,5%)

5: assassinat-homicidi: N=4 (23,5%)

7: delictes sexuals: N=6 (35,3%)

10. ANTECEDENTS PSIQUIÀTRICS (16 casos)

1: desconegut: N=1 (6,3%)

2: Trastorn per ansietat: N=1 (6,3%)

3: psicosis: N=4 (25%)

4: trastorns afectius N=4 (25%)

5: trastorns personalitat: N=6 (37,5%)

(b): Correlacions estadísticament significatives:

| | | |
|---|---------------|--------------|
| a. Ètnia & antecedents psiquiàtrics: | $r^2 = 22,77$ | $p = 0,0037$ |
| b. Nivell educatiu & intents d'autòlisi: | $r^2 = 7,2$ | $P = 0,066$ |
| c. Antecedents delictius & autolesions: | $r^2 = 17$ | $P = 0,049$ |
| d. Antecedents presó & delicte actual: | $r^2 = 13,98$ | $P = 0,051$ |
| e. Antecedents presó & activitat laboral: | $r^2 = 7,64$ | $P = 0,059$ |

Taula 4: *Associacions significatives variables qualitatives*

c) Anàlisi *cluster*:

c.1) Introducció:

Al següent apartat exposem una classificació empírica basada en els 17 casos de l'estudi, en base a les puntuacions als factors de la PCL. A més a més, es mostren les diferències entre els grups obtinguts i les puntuacions als factors I i II de la PCL, així com respecte a la puntuació total. A continuació es fa una descripció clínica de cada grup, i de la casuística que l'integra (dins la mostra total).

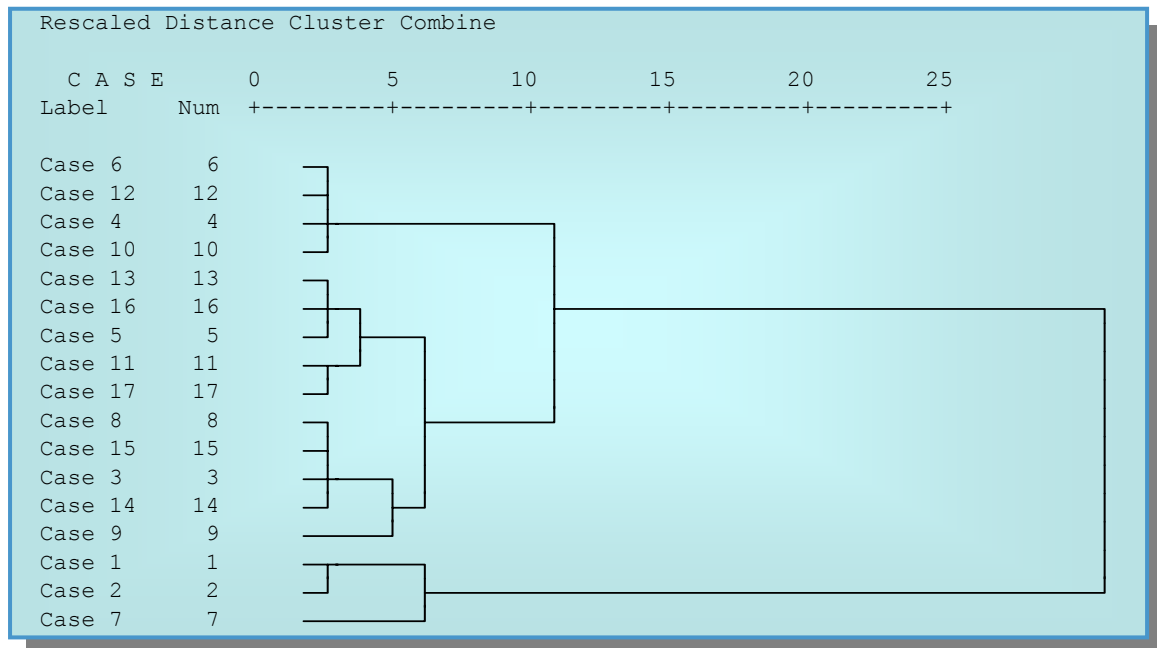
c.2) Resultats:

Amb el propòsit d'efectuar una classificació dels individus en base a les puntuacions obtingudes als dos factors de la PCL:SV, s'ha efectuat una anàlisi tipus *cluster* (mètode Ward amb distància euclídia al quadrat).

Es varen obtenir quatre grups. El grup 1 està configurat per quatre subjectes. El segon dels grups inclou cinc individus. El tercer grup està integrat per cinc subjectes, i finalment el quart engloba als tres restants (total casos=17). El grup 3 i el grup 4 foren els més similars, tot i que s'ha estimat la opció de

considerar-los com a grups separats per tal que el número de subjectes a cada grup fós el més similar possible. A continuació exposem el dendograma d'agrupació d'individus:

Taula 5: Anàlisi cluster de la mostra

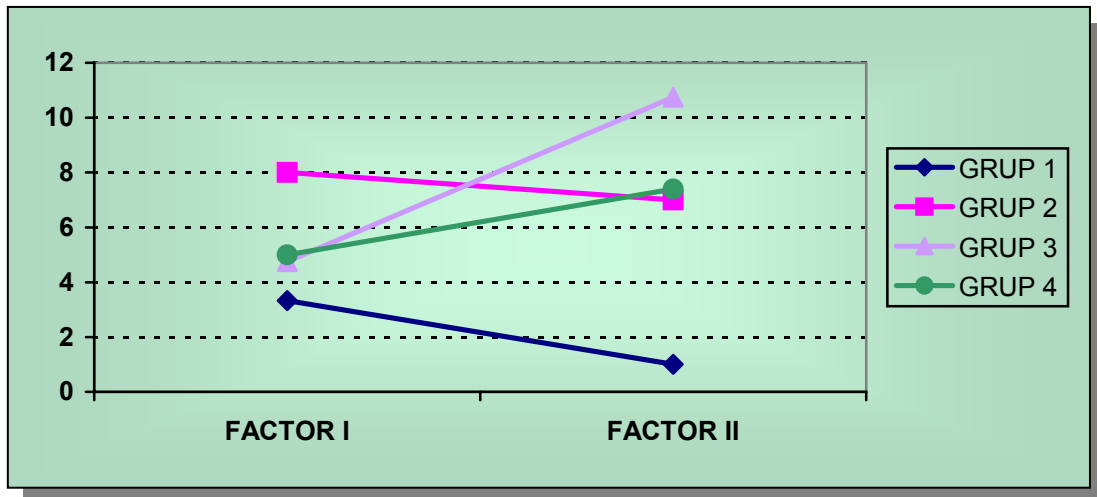


Amb la finalitat de definir els quatre grups establerts a l'anàlisi anterior, es van buscar les diferències significatives entre els dos factors de la PCL:SV, amb un nivell de significació proposat de $p > 0,05$. La taula 6 mostra aquests resultats:

| | | A. GRUPS | | | | F | Scheffé | |
|-----|-----------|----------|--------|--------|--------|------|-----------|------------|
| | | GRUP 1 | GRUP 2 | GRUP 3 | GRUP 4 | | | |
| PCL | FACTOR I | Mitjana | 3.33 | 8.00 | 4.75 | 5.00 | 7.191 | 2>1,3 |
| | | SD | 3.05 | 1.22 | 0.50 | 1.0 | $p=0.004$ | |
| | FACTOR II | Mitjana | 1.00 | 7.00 | 10.75 | 7.4 | 25.58 | 3>1,2,4 |
| | | SD | 1.00 | 1.87 | 0.95 | 1.51 | $p=0.000$ | 4>1 2>1 |

Taula 6: Diferències estadístiques entre els 4 grups

Els resultats indiquen que el grup 1 és el que va presentar puntuacions més baixes a tots dos factors. El factor I presentava puntuacions significativament inferiors al grup 1 i, tot i que va presentar una mitjana inferior que la resta de grups (3 i 4), aquelles no resultaven significatives.



Gràfic 26: correlacions significatives entre puntuacions factor I i factor II PCL:SV als 4 grups

El grup 2 es va diferenciar de la resta d'individus per presentar una puntuació significativament superior al factor I. Respecte al factor II, es va diferenciar del grup 1, presentant el grup 2 puntuacions significativament superiors.

El grup 3, i respecte al factor I, únicament es diferenciava del grup 2, presentant el grup 3 puntuacions inferiors. En relació al factor II, es va diferenciar de la resta dels grups al obtenir puntuacions més elevades en aquest factor.

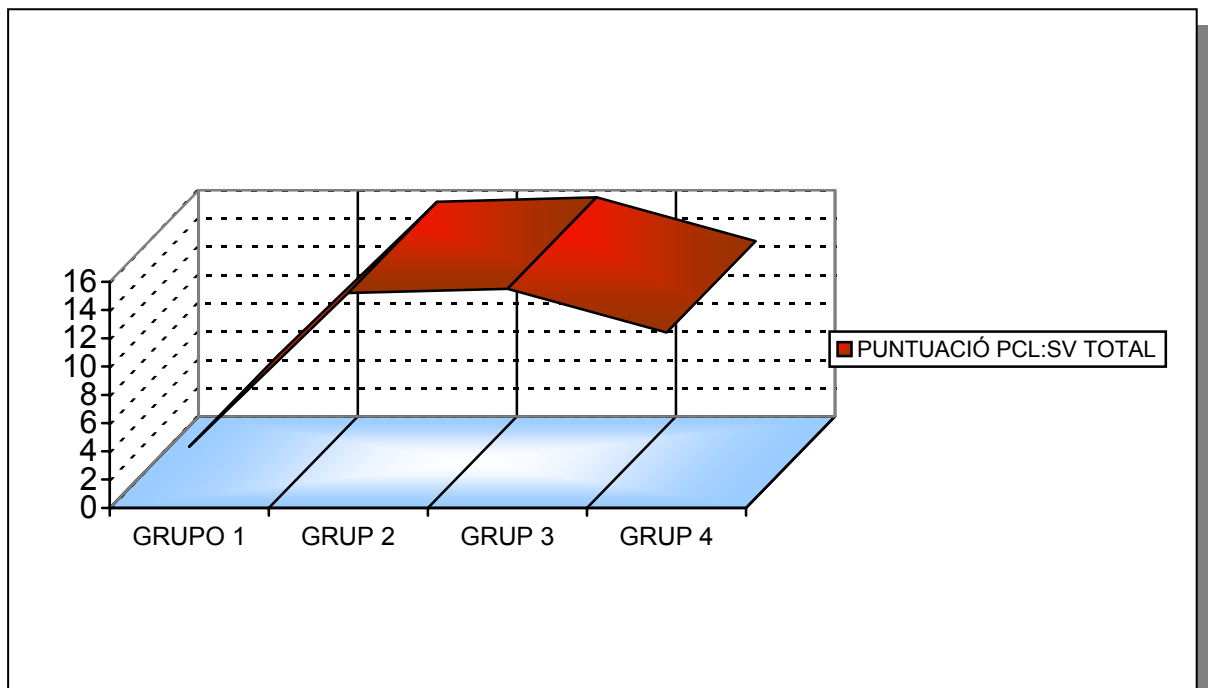
El grup 4 no es diferenciava de la resta dels grups quant al primer factor. Respecte al segon factor, presentava puntuacions superiors al grup 1 i inferiors al grup 3.

És a dir, podríem concloure que el grup 1 es defineix per presentar puntuacions baixes respecte a la resta de grups als factors I i II. El grup 2 es diferencia de la resta per ser el que majors puntuacions va presentar al factor I. El grup 3 es va caracteritzar per ser el que més puntuava al factor II. Finalment, el grup 4 fou similar al grup 3, però amb puntuacions inferiors al factor II.

A continuació, es va procedir a diferenciar els quatre grups respecte a la puntuació total de la PCL. La taula 7 exposa les mitjanes i desviacions estàndard de cada grup respecte a la puntuació total de la PCL:SV, i el gràfic 27 mostra les diferències significatives entre els quatre grups, a excepció del grup 1, que va presentar mitjanes significativament més baixes respecte a la resta de grups.

| | | Puntuación PCL total | F | Scheffé |
|--------|-------|----------------------|--------------------------|---------|
| GRUP 1 | Media | 4.33 | 18.551 <i>p=0.000</i> | 1<2,3,4 |
| | SD | 2.08 | | |
| GRUP 2 | Media | 15.20 | | |
| | SD | 2.77 | | |
| GRUP 3 | Media | 15.50 | | |
| | SD | 0.577 | | |
| GRUP 4 | Media | 12.40 | | |
| | SD | 2.40 | | |

Taula 7: Estadístics de comparació entre grups



Gràfic 27: *Diferències significatives dels quatre grups en relació a la PCL:SV Total*

c.3) Descripció clínica dels quatre grups:

A partir dels quatre grups, i del fet que aquests mostrin diferències significatives malgrat el risc de tenir poc efectius dins la mostra, descrivim a continuació un resum breu dels 17 casos, dividint-los pels grups a on s'agrupen per puntuacions a tots dos factors. Tot són *homes*, d'*entre 18 i 56 anys*, avaluats per dos metges forenses en *fase d'instrucció judicial*.

3.2.1 Casos del grup 1

Els individus que pertanyen a aquest grup es caracteritzen per mostrar *puntuacions en general baixes, tant en psicopatia com en conducta antisocial.*

- 1.1. CAS 1: Home de 37 anys, amb altes qualificacions acadèmiques i nivell socioeconòmic mig–alt, acusat d'un *delicte sexual*. Psicopatològicament es va diagnosticar de psicosi tipus delirant, i semblava mostra vers al presumpte delicte alta agressivitat indirecta (escrita, amb anònims). L'avaluació psicomètrica (MCMI-II de Millon) mostrava desitjabilitat social, dependència, escrupulositat i cert neuroticisme. La puntuació a la PCL:SV fou de 6 (factor I=6; II=0).
- 1.2. CAS 2: Home de 56 anys, amb bona posició econòmica i status social mig, immigrant i amb estudis bàsics. Acusat d'un presumpte *assassinat intrafamiliar*, exculpa i minimitza responsabilitats. Mostra psicopatologia de l'eix II (paranoïdisme) significativa, i el MCMI-II de Millon mostrava inseguretat, escassa apetència per relacions socials i era compatible amb violència intrafamiliar prèvia de parella (antecedents personals de maltractament infantil). El delicte presumptament fou fred, calculat. La puntuació PCL fou de 5 (factor I=4; factor II=1).
- 1.3. CAS 7: Adult jove magrebí de 22 anys, solter, acusat de *delicte sexual*, sense psicopatologia prèvia o concurrent, i PCL:SV = 2 (factor I=0; factor II=2). Antecedents de maltractament matern.

3.2.2 Casos del grup 2

Els individus que pertanyen a aquest grup es caracteritzen fonamentalment per assolir les més altes puntuacions al factor I, és a dir, amb trets de personalitat propis

del psicòpata (fredor emocional, "detachment"), en front del factor II on predomina la antisocialitat (conducta persistentment antisocial, crònica i inestable).

- 2.1. CAS 8: Adult de 38 anys, casat i amb dues filles, acusat *d'agressió sexual repetida a una filla*. Problemes amb l'alcohol (consum excessiu) amb abstinència matutina. La puntuació PCL:SV total fou de 14 (factor I=7; factor II=7). Destaquen manca d'empatia, impulsivitat i irresponsabilitat com a trets de personalitat principals. El test de personalitat Minnesota (MMPI) mostrava introversió, inseguretat, baixa autoestima.
- 2.2. CAS 15: Home de 31 anys, solter, consumidor d'analeptics –èxtasi, cocaïna- i alcohol, encausat per *agressió (arrencament de part de llavi i pavelló auricular a una baralla)*. La Ressonància Magnètica Nuclear practicada fou normal, i la puntuació PCL:SV total fou de 15 (factor I=6; factor II=8). Delictes previs de robatori amb força i algun desordre públic, i maltractaments paternes a la infància.
- 2.3. CAS 3: Home de 26 anys, d'ètnia gitana, acusat *d'homicidi en el context d'una baralla*. Antecedents de maltractament patern, i personalitat ansiosa. Puntuació PCL:SV total de 14 (factor I=8; factor II=6).
- 2.4. CAS 14: Home de 28 anys, amb nombrosos antecedents delictius per robatoris amb força i intimidació, acusat actualment d'un robatori amb intimidació. Puntuació PCL:SV total de 13 (factor I=7; factor II=5).
- 2.5. CAS 9: Home de 31 anys, amb nombrosos sumaris (7 l'any 1994) per tota mena de delictes, incloent-hi *assassinat, atemptats contra l'autoritat, robatoris amb intimidació i força, delicte contra la salut pública, o conductes incendiàries*, entre d'altres. Actualment està acusat d'un *robatori amb intimidació*, i la PCL:SV total és de 20 (factor I=10; factor II=10). Manipulador, "dur", falsari i amb absència d'empatia, penediment, responsabilitats, eren

alguns dels trets més en destacaven, a banda de la conducta delictiva adolescent i adulta, nombrosa i reiterada.

3.2.3 Casos del grup 3

Els individus d'aquest grup foren els més antisocials (factor II), és a dir, amb altes puntuacions en impulsivitat, pobre control del conducta, absència d'objectius, irresponsabilitat, conducta antisocial a l'adolescència, i/o conducta antisocial adulta.

- 3.1 CAS 6: Home de 25 anys, acusat d'homicidi, amb antecedents de trets de personalitat antisocials i de suspicàcia–ressentiment–fredor emocional. La PCL:SV totals fou de 15 (factor I=5; factor II=10). Consum d'analèptics – cocaïna–.
- 3.2 CAS 12: Home de 42 anys, baix nivell educatiu i nombrosa fratría (9 germans), amb trastorn psicòtic tipus delirant (eix I DSV-IV) i Trastorn antisocial de personalitat (eix II), acusat de *robatori amb força*. Politoxicòman. La puntuació PCL:SV total fou de 15 (factor I=5; factor II=10).
- 3.3 CAS 4: Home de 43 anys, politoxicòman, amb autolesions prèvies i nombrosos antecedents delictius per robatoris, furts, robatoris amb força/intimidació. Acusat de *robatori amb força*, la PCL:SV total fou de 16 (factor I=6; factor II= 11). Altament impulsiu i amb pobre control conductual, irresponsabilitat, manca d'empatia i manca de penediment, entre d'altres trets remarcables. Antecedents de maltractament patern.
- 3.4 CAS 10: Home de 42 anys, amb nombrosos antecedents penals per robatoris amb intimidació, politoxicomania, deteriorament cognitiu lleu/moderat i inestabilitat emocional. Acusat de *diversos robatoris amb intimidació*. Puntuació PCL:SV total = 16 (factor I=4; factor II=12).

3.2.4 Casos del grup 4

Els individus d'aquest grup eren, en general, semblants als del grup 3, tot i que en aquest els trets antisocials eren menys pronunciats.

- 4.1 CAS 13: Home de 31 anys, sense antecedents psiquiàtrics, acusat de *nombroses violacions en sèrie i robatoris amb intimidació a les víctimes*. No antecedents psiquiàtrics previs, i dependència a l'alcohol significativa. Puntuació PCL:SV total: 15 (factor I=6; factor II=9).
- 4.2 CAS 16: Home de 35 anys, amb treball irregular, perfil compatible amb maltractador conjugal, acusat d'*homicidi (impulsiu, emocional)*. Algun antecedent previ de robatori, i PCL:SV total de 14 (factor I=6; factor II=8). Destaquen manca de remordiment i empatia, pobre control de conducta, absència de responsabilitats i d'objectius vitals.
- 4.3 CAS 5: Adult de 25 anys, amb nombrosos antecedents delictius per estafes, robatoris, impagament de deutes, acusat d'*estafa tipus "familiar"*, amb PCL:SV total de 13 (factor I=5; factor II=8). Individu altament mitòman i impulsiu, amb nombroses condemnes a presó, immaduresa personal i rol sexual no definit clarament.
- 4.4 CAS 11: Adult jove de 19 anys, magrebí, amb antecedents delictius de robatoris i robatoris amb força i intimidació, consumidor de cola esnifada, acusat d'un doble delictes d'*agressió sexual*. La PCL:SV total fou d' 11 (factor I=4; factor II=7).
- 4.5 CAS 17: Adult de 18 anys, classe mitja, sense antecedents psiquiàtrics, acusat d'un delictes d'*agressió sexual a menor dins la família*. Puntuació PCL:SV de 9 (factor I=4; factor II=5).

4. Discussió. Conclusions

D'acord amb els postulats teòrics esmentats al primer capítol del projecte, i en base a la mostra de subjectes recollida dins l'àmbit forense des de juliol fins desembre, cal dir en primer lloc que els resultats obtinguts han estat encoratjadors, en una línia prometedora, tot i la petita mostra. Les anàlisis estadístiques realitzades, d'una banda, i els gràfics mostrats d'altra banda, són un xic arriscats en el sentit que per a mostres tan petites potser mostren un cert agosament per la nostra part. No obstant això, els resultats estadísticament significatius no són contradictoris en allò esperat dins els fonament teòrics i empírics d'altres mostres amb la *Psychopathy Checklist Screening Version* (Hare, 1995; Moltó, Poy i Torrubia, 2000; Cuquerella, Torrubia, Navarro, López i Genís, 2002), i en alguns casos mostren aspectes lògics, esperats tot i el petit tamany de la casuística.

Així, en relació a les variables QUANTITATIVES, lògicament han estat positives les correlacions entre les puntuacions de la PCL:SV *Total* i el *factor I*, *factor II* i *temps a presó anterior*. La psicopatia associa més risc o perillositat delictiva, la qual cosa és compatible amb delictes anteriors, variables i greus. *A més temps a presó anterior, doncs, més elevada puntuació als factor I, II, i puntuació total*. D'aquesta manera la major estada anterior a presó es compatible amb més elevades puntuacions a la PCL:SV. D'afegitó, és més compatible una elevada estada a presó amb un elevat factor II (significatiu), dons és el factor que associa les conductes més pròpiament antisocials o conductes disruptives penalment ("estil de vida persistentment antisocial, crònic i inestable"), tal i com reflexa la nostra mostra.

D'altra banda, hem observat relacions estadísticament significatives entre la *edat del subjecte* i la *edat d'emancipació*, reflexant la precocitat dins les mostres de subjectes al sistema penal per abandonar la llar familiar a edats matineres.

Quant a les variables QUALITATIVES, és valorable el fet que siguin significatives les associacions dins la nostra mostra entre *baix nivell educatiu i superior nivell d'autòlisi*, traduint potser menys recursos/habilitats cognitives apreses per canalitzar tensions o inestabilitats emocionals. És en aquest sentit que podríem també intentar explicar el *major nombre d'autolesions en aquells subjectes amb més antecedents delictius*. És també explicable que els *antecedents a presó* i la *menor activitat laboral prèvia*, per manca d'hàbits laborals o interferències entre la activitat delictiva prèvia sigui positiva.

Un segon aspecte que voldria comentar és la troballa de quatre grups en funció de les puntuacions PCL:SV total, factor I, i factor II. Tot i el petit tamany de la mostra, que no justificaria plenament la utilització de determinats instruments estadístics que sí hem aplicat, els resultats obtinguts ens orienten positivament cap al constructe teòric i empíric trobat a altres estudis (Cuquerella, Torrubia, Navarro, López i Genís, 2002), en el sentit que la combinació dels dos factor de la PCL, és a dir, el factor I (caracterològic: fredor emocional) i el factor II (conductual: antisocialitat) mostren amb bastant aproximació els perfils de delinqüents que hem pogut trobar a la mostra de validació espanyola de la PCL:SV. Així, tal i com definíem d'una manera arbitrària però metodològicament vàlida, amb la PCL:SV sabíem que poden combinar-se les puntuacions parcials de la PCL:SV en aquest sentit:

- a) Individus amb factor I *baix* i factor II *baix*: compatible amb *delinqüents comuns*.
- b) Individus amb factor I *alt* i factor II *baix*: *caracteropatia psicopàtica*: fredor emocional, manca d'empatia, amb absència de penediment, encantadors, narcisistes, i amb manca d'activitats antisocials òbvies.
- c) Individus amb factor I *baix* i factor II *alt*: *sociopatia*, compatible amb diagnòstic de Trastorn Antisocial de Personalitat, però pocs trets o carateropatia psicopàtica. Dins la mostra de Hare (1995) els resultats indicaven aproximadament un 70% de trastorn antisocial dins les presons, i entre un 15 a 25% de psicopatia significativa (PCL:SV superior o igual a 18).

- d) Individus amb factor I *elevat* i factor II *elevat*: *psicopatia clínicament significativa*, amb tots dos factors elevats.

Al *cluster* obtingut, tot i el petit tamany de la mostra, sembla indiciari el fet d'obtenir quatre grups també, dels quals el *Grup 1* mostra puntuacions baixes a tots dos factors; *Grup II*, amb altes puntuacions al factor I (trets caracterials); *Grup 3*, amb elevada puntuació al factor II (antisocialitat), i *Grup 4*, semblant al grup 3 però amb puntuacions menors al factor II (menys "antisocials", si se'm permet l'expressió). És encoratjador, per tant, que si haguéssim pogut obtenir una mostra més elevada de subjectes, aquests grups, ja significatius, s'haguessin pogut obtenir amb més netedat i diferenciació entre ells, la qual cosa afavoreix el constructe teòric proposat anteriorment, de tal manera que *sembla ser la PCL:SV diferencia clarament el que és delinqüència comuna, sociopatia, psicopatia, i un grup mixt*.

Quant als grups, individualment, sí podríem afirmar que el *grup 1* mostra nuls antecedents delictius, d'acord amb la baixa PCL:SV total, coincidint casualment dos dels tres casos en un *delicte sexual* com a causa d'imputació criminal.

El *grup 2*, amb preeminència del factor I elevat, destaquen *individus amb una alta impulsivitat i pobre control conductual i intolerància a la frustració*, relacionats amb delictes també impulsius (agressió sexual repetida, agressió amb lesions importants, homicidi, assassinat i nombrosos delictes associats, o nombrosos robatoris amb intimidació).

El *grup 3*, que podríem denominat com el grup *psicopatològicament més fort*, inclou individus que presenten bé ideació paranoïde (com a Trastorn de personalitat o Trastorn psicòtic delirant), o bé deteriorament cognitiu associat a politoxicomania (robatoris amb força/intimidació a tots dos casos).

Finalment, al *grup 4* hi trobem tres agressors sexuals (un *en sèrie*), un delicte d'homicidi i un d'estafes repetides a ancianes.

En relació als gràfics mostrats anteriorment, val a dir que la mostra obtinguda demostra més factor II o *antisocialitat* a la mostra que factor I (manca d'empatia i penediment, locus extern o minimització–negació delictes/efecte a víctimes, entre d'altres), la qual cosa és compatible amb el biaix que suposa la mostra recollida. Efectivament, els casos obtinguts són d'una mostra forense, és a dir, de subjectes que han estat acusats i pendents de judici (fins i tot alguns amb presó preventiva), la qual cosa podria ometre o defugir aquells psicòpates que no han estat inclosos dins el sistema penal, bé per habilitats personals a l'hora de no ser capturats, bé per no cometre clarament delictes penalment tipificats, i sí activitats lliurades amb la manca d'ètica o normes socialment acceptades, tal i com R. Hare postula. *En aquest sentit, la mostra de subjectes obtinguda, ha estat esbiaixada precisament perquè s'han escollit casos amb rellevància criminal, i no en base a perfils psicològics sospitosos de psicopatia únicament.*

5. Bibliografia

ASSOCIACIÓ DE PSIQUIATRIA AMERICANA (APA). *Manual Diagnòstic y Estadístic de los Trastorns Mentals (DSM-IV)*. Barcelona: Masson, 1995.

CLECKLEY, H. *The mask of sanity* (5a ed). St Louis, MO: Mosby, 1976.

CUQUERELLA, A.; SUBIRANA, M.; PLANCHAT, L.M. [ET AL.]. *Evaluación forense de la psicopatía-Trastorno Antisocial de Personalidad mediante la Psychopathy Checklist Screening Version. Peligrosidad del psicópata: pronóstico. Perfiles criminales en el escenario el crimen*. Conferència pronunciada al "Centro de Estudios Judiciales de la Administración de Justicia", dins el Programa de formació per a metges forenses del "Ministerio de Justicia". Madrid: 30 setembre de 2002.

CUQUERELLA, A.; TORRUBIA, R.; NAVARRO, J.C. [ET AL.]. *Evaluación del perfil psicopático de personalidad mediante la PCL: SV*. Póster presentat a la "X^a Reunión Anual de la Sociedad Española de Psiquiatría Forense (SEPF)". Burgos: 14 i 15 desembre de 2001.

CUQUERELLA, A.; SUBIRANA, M.; PLANCHAT, L.M. [ET AL.]. *Trastorno psicopático de la personalidad: aspectos jurídico-penales y médico legales dentro de la jurisprudencia comparada*. Llibre de comunicacions de les VI Jornades d'Actualització en Medicina Forense (CEJFE). CEJFE: Barcelona, novembre de 2001.

CUQUERELLA, A.; SUBIRANA, M.; PLANCHAT, L.M. [ET AL.]. Navarro JC et al. *Evaluación médico forense del Trastorno Psicopático de la personalidad con la PCL:SV: resultados en una muestra penitenciaria*. Llibre de comunicacions de les VI Jornades d'Actualització en Medicina Forense. CEJFE: Barcelona: novembre de 2001.

CUQUERELLA, A.; GENÍS, F.; LÓPEZ, J.M. [ET AL.]. *PCL:SV: una nueva herramienta para*

el diagnòstico de psicopatía versus sociopatía. "Symposium sobre psicópatas, asesinos en serie y conducta antisocial. AEPC-Universidad Granada. Granada: 29-31 març de 2001.

ECHEBURÚA, E. *Personalidades violentas.* Madrid: Piràmide, 1996.

HARE, R.D. *The Hare Psychopathy Checklist Revised.* Toronto: Multi-Health Systems Inc. , 1991

HART, S.D.; COX, D.N.; HARE, R.D. *The Hare Psychopathy Checklist: ScreeningVersion (PCL-SV).* Toronto: Multi-Health Systems Inc., 1995.

LYKKEN, D. T. *Las personalidades antisociales.* Barcelona: Herder, 2000.

MARTÍNEZ, T.; LÓPEZ, F.J.; DÍAZ, M.L. *Los trastornos de la personalidad en el derecho penal: estudio de casos del Tribunal Supremo.* Psicopatología Clínica, Legal y Forense. (2001); 1 (1), 87-101.

MOLTÓ J, POY R, TORRUBIA R. *Standardization of the Hare Psychopathy Checklist-Revised in a Spanish Prison Sample.* *J Per Dis* (2000); 14(1); 84-96.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Clasificación Internacional de las Enfermedades: Trastornos Mentales y del Comportamiento (CIE-10).* Madrid: Meditor, 1993.

ORTEGA-MONASTERIO, L.; CUQUERELLA, A.; SUBIRANA, M.; *Forensic and jurisprudencial aspects of the TAP.* Llibre de Pòsters "Congreso Internacional de Psiquiatría". Madrid, 30 setembre- 4 octubre 2001.

SALFATI, G.; CANTER, D. (1999). *Differentiating Stranger Murders: Profiling Offender Characteristics from Behavioral Styles.* *Behaviour Sciences and Law*; 17:391-406.

TORRUBIA, R.; CUQUERELLA, A.; GENÍS, F. [ET AL.]. *Propiedades psicométricas de la versión española del Hare Psychopathy Checklist Screening Version (PCL:SV)*. "1r Congreso Hispano-portugués de Psicología". Santiago de Compostela, 21-23 setembre de 2000.

6. Agraïments

En primer lloc voldria agrair al Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada, i al Departament de Justícia extensivament, la possibilitat que ens ha ofert a tots els autors d'aquest treball d'iniciar l'estudi dins el nostre país de la psicopatia amb una eina estrictament forense, que se'ns dubte en un futur pròxim d'implementarà amb nous casos i conclusions més sòlides a les aquí presentades.

Voldria agrair als coautors d'aquest treball, i especialment a la Sra. Susana Mohíno Justes i a la Dra. Mercè Subirana Domènech, el suport i recolzament tant personal com tècnic en la elaboració d'aquest treball.

A tots aquells metges forenses que han col.laborat en la aportació i/o possible selecció de la casuística medico forense a estudiar, com el Dr. Amadeu Pujol Robinat i la Dra. Lluïsel·la Puig Bausili, Dr. José Luis Samanes Ara, Dr. Fco. Javier González Olivan, Dra. Teresa Tortosa López, Dra. María Teresa Talón Navarro, Dr. Leopoldo Ortega-Monasterio Gastón Dr. Jordi Jornet Lozano, Dr. Javier Dolado Cuello, Dra. Adela Vicens Gallart i Dr. Joan Ignasi Galtès Vicente.

Al personal i càrrecs directius del IMLC-Clínica Forense Barcelona, per les facilitats i tracte rebuts en tot moment.

Al Dr. Rafael Torrubia Beltri, professor titular de la UAB, i a l'equip de treball de la Universitat Autònoma de Barcelona en psicopatia, formada pels psicòlegs Sr. Juan Carles Navarro. Sr. Juan Manel López Capdevila, Sr. Ferran Genís i Sra. Yolanda Pardo Cladellas, sense els quals els continguts teòrics i pràctics d'aquest treball no haurien estat possibles.