



Psicología en el ámbito penitenciario y judicial. Módulo III

TEMA XI. VIOLENCIA Y TRASTORNOS MENTALES



www.isfap.com · info@isfap.com

I. Trastornos mentales y conducta violenta: una aproximación crítica desde la psicología clínica y la criminología

La relación entre los trastornos mentales y la conducta violenta ha constituido históricamente uno de los temas más complejos y controvertidos dentro de la psicología clínica, la psiquiatría forense y la criminología. A nivel social, existe una tendencia generalizada a identificar enfermedad mental con peligrosidad, una asociación que suele reforzarse cada vez que un hecho delictivo especialmente grave es protagonizado por una persona con diagnóstico psiquiátrico. Sin embargo, los estudios desarrollados durante las últimas décadas ponen de manifiesto que dicha percepción se encuentra notablemente distorsionada y que la vinculación entre trastorno mental y violencia es mucho más limitada y compleja de lo que habitualmente se supone.

Los estudios epidemiológicos coinciden en señalar que la mayoría de las personas que padecen trastornos mentales no desarrollan comportamientos violentos a lo largo de su vida. Del mismo modo, la mayor parte de los delitos violentos registrados en la población general son cometidos por individuos que no presentan patologías psiquiátricas graves. Esta realidad obliga a abandonar explicaciones simplistas y a adoptar otros modelos que tengan la capacidad de explicar la conducta agresiva desde la interacción entre variables biológicas, psicológicas, sociales y ambientales.

Desde una perspectiva evolutiva, la agresividad constituye una capacidad adaptativa inherente al ser humano. Su función original se relaciona con la defensa frente a amenazas y con la supervivencia. No obstante, determinadas alteraciones cognitivas o emocionales pueden provocar interpretaciones erróneas de la realidad y generar respuestas agresivas desproporcionadas. En este sentido, algunos trastornos mentales pueden aumentar el riesgo de violencia cuando afectan a los mecanismos de percepción, juicio o regulación emocional.

Entre los cuadros clínicos más estudiados destacan los trastornos psicóticos. Durante los episodios agudos de psicosis pueden aparecer delirios, alucinaciones y graves alteraciones en la interpretación de la realidad. Cuando una persona experimenta ideas de persecución o cree encontrarse amenazada por agentes externos, puede reaccionar defensivamente frente a peligros

inexistentes. No obstante, podemos indicar que la violencia asociada a la psicosis suele concentrarse en periodos de descompensación clínica, especialmente cuando existe abandono del tratamiento farmacológico, falta de apoyo sociofamiliar o consumo concurrente de sustancias psicoactivas. Una vez estabilizados los síntomas, el riesgo de agresión disminuye significativamente.

Dentro de este grupo, la esquizofrenia ha recibido una atención especial debido a la



preocupación social que genera. Sin embargo, los datos disponibles muestran que los pacientes esquizofrénicos presentan una probabilidad relativamente baja de desarrollar conductas violentas en ausencia de otros factores de riesgo. De hecho, el riesgo de autolesión y suicidio suele ser considerablemente superior al riesgo de agresión hacia terceros. Esta circunstancia pone de relieve la necesidad de diferenciar entre enfermedad mental grave y peligrosidad criminal.

Los trastornos delirantes constituyen otro ámbito relevante. A diferencia de la esquizofrenia, estos pacientes suelen conservar adecuadamente sus capacidades intelectuales y funcionales. Sus ideas delirantes aparecen organizadas y mantienen una aparente coherencia interna, lo que puede dificultar la detección del problema. Los delirios de persecución, los celos patológicos y determinadas creencias de carácter mesiánico pueden favorecer la aparición de conductas violentas cuando el individuo considera que actúa en legítima defensa o en cumplimiento de una supuesta misión personal.

La investigación contemporánea señala, sin embargo, que uno de los factores más estrechamente vinculados a la violencia no es el trastorno mental en sí mismo, sino el consumo de alcohol y

drogas. La coexistencia de ambas condiciones, fenómeno conocido como patología dual, incrementa notablemente la probabilidad de conductas agresivas. El abuso de sustancias favorece la impulsividad, disminuye la capacidad de autocontrol y puede exacerbar síntomas psicóticos o afectivos preexistentes. Por esta razón, numerosos estudios consideran el consumo de drogas como uno de los mejores predictores de violencia en población psiquiátrica.

Otro grupo de interés lo constituyen las personas con discapacidad intelectual. Aunque no puede afirmarse que la discapacidad genere violencia, determinadas limitaciones cognitivas pueden asociarse a dificultades para anticipar consecuencias, controlar impulsos o comprender adecuadamente las normas sociales. Estas circunstancias pueden aumentar la vulnerabilidad a comportamientos problemáticos, especialmente cuando concurren déficits educativos, exclusión social o influencia negativa de terceros.

En el ámbito de los delitos sexuales, las parafilias representan una categoría clínica especialmente compleja. Conviene distinguir claramente entre las preferencias sexuales atípicas y las conductas delictivas. No todas las personas con parafilias desarrollan comportamientos violentos ni todos los agresores sexuales presentan trastornos parafilicos. Sin embargo, determinadas formas de desviación sexual asociadas a la coerción, la humillación o la victimización de personas no consentidoras pueden incrementar el riesgo de reincidencia y adquirir relevancia criminológica.

Introduzcamos también los celos patológicos, considerados uno de los factores más frecuentes en los delitos cometidos dentro de la pareja. Aunque los celos constituyen una experiencia emocional relativamente común, cuando se combinan con dependencia emocional, baja autoestima, posesividad o creencias irracionales pueden transformarse en un importante factor precipitante de agresiones graves. La ruptura de la relación y la percepción de pérdida suelen constituir momentos especialmente críticos desde el punto de vista del riesgo.

Por otra parte, determinados trastornos afectivos también pueden relacionarse con la violencia bajo circunstancias concretas. En la depresión grave, por ejemplo, la agresividad suele dirigirse principalmente hacia uno mismo mediante conductas suicidas. Sin embargo, algunos casos excepcionales muestran comportamientos heteroagresivos asociados a sentimientos intensos de desesperanza, humillación o resentimiento. En el trastorno bipolar, especialmente durante los

episodios maníacos, la impulsividad, la irritabilidad y la pérdida de juicio pueden favorecer respuestas agresivas, particularmente cuando existe consumo simultáneo de sustancias.

Más allá de los trastornos clínicos tradicionales, la investigación criminológica ha prestado una atención creciente a los trastornos de personalidad. Entre ellos, la psicopatía ocupa un lugar central debido a su elevada asociación con la violencia instrumental y la reincidencia delictiva. La psicopatía se caracteriza por una combinación de frialdad emocional, ausencia de empatía, manipulación interpersonal, irresponsabilidad y escasa capacidad para experimentar culpa. A diferencia de otros trastornos mentales, los psicópatas suelen comprender perfectamente la naturaleza de sus actos, pero muestran una profunda indiferencia hacia las consecuencias que éstos tienen para los demás.

La violencia ejercida por individuos con rasgos psicopáticos suele responder a objetivos concretos y planificados. No se trata de una reacción impulsiva ante una amenaza percibida, sino de una conducta instrumental orientada a obtener beneficios personales. Diversas investigaciones neurobiológicas han identificado alteraciones funcionales en sistemas cerebrales implicados en el procesamiento emocional, lo que podría contribuir a explicar parcialmente las dificultades empáticas observadas en estos sujetos.

Junto a la psicopatía, otros trastornos de personalidad también han mostrado relaciones significativas con la agresión. Las personalidades paranoides, caracterizadas por la suspicacia y la interpretación hostil de las intenciones ajenas, pueden reaccionar violentamente ante agravios imaginados. Las personalidades narcisistas presentan especial vulnerabilidad frente a las amenazas a su autoestima, reaccionando con hostilidad cuando perciben humillación o desprecio. Por su parte, el trastorno límite de la personalidad se asocia frecuentemente a impulsividad, inestabilidad emocional y dificultades para regular la ira, circunstancias que favorecen respuestas agresivas de carácter reactivo.

Los modelos actuales de evaluación del riesgo han abandonado las explicaciones basadas exclusivamente en el diagnóstico psiquiátrico. La evidencia acumulada demuestra que la mejor predicción de la violencia procede de la combinación de múltiples variables. Entre ellas destacan los antecedentes de agresiones previas, la existencia de consumo de sustancias, la falta de adherencia al tratamiento, el aislamiento social, la presencia de rasgos psicopáticos y

determinados síntomas psicóticos activos. En consecuencia, la valoración moderna del riesgo requiere integrar factores históricos, clínicos y contextuales mediante procedimientos estructurados y basados en la evidencia.

En definitiva, la relación entre trastornos mentales y violencia debe entenderse desde una



perspectiva compleja y multifactorial. La enfermedad mental, por sí sola, explica únicamente una pequeña parte de las conductas violentas observadas en la sociedad. La mayoría de los pacientes psiquiátricos no representan un peligro para los demás y, con frecuencia, son ellos mismos quienes sufren situaciones de vulnerabilidad, exclusión y

victimización. Por ello, resulta esencial combatir los estereotipos que identifican automáticamente trastorno mental con peligrosidad y promover una comprensión más rigurosa y científica de este fenómeno. Sólo desde esta perspectiva es posible desarrollar estrategias eficaces de prevención, tratamiento y reinserción social.

II. Violencia, trastorno mental y contexto penitenciario

La relación entre trastorno mental y violencia adquiere características particulares cuando se analiza dentro del ámbito penitenciario. Las prisiones constituyen entornos especialmente complejos desde el punto de vista psicológico debido a la presencia simultánea de factores de vulnerabilidad individual, condiciones ambientales estresantes y una elevada concentración de personas con antecedentes de exclusión social, consumo de sustancias y trastornos psiquiátricos.

Los estudios realizados han puesto de manifiesto que la prevalencia de trastornos mentales en la población reclusa es significativamente superior a la observada en la población general. Los internos presentan mayores tasas de trastornos psicóticos, trastornos afectivos, trastornos de personalidad, trastornos relacionados con sustancias y trastornos del neurodesarrollo. Esta sobrerrepresentación no implica necesariamente una mayor peligrosidad inherente de los sujetos

con enfermedad mental, sino que refleja la interacción de múltiples factores de riesgo biopsicosociales que favorecen tanto la conducta delictiva como la exclusión social.

II.1. Factores penitenciarios asociados a la violencia

La institución penitenciaria constituye un contexto que puede favorecer la aparición o agravamiento de conductas violentas debido a factores como:

- La pérdida de libertad y autonomía personal.
- La separación de la familia y de la red social de apoyo.
- La convivencia forzada con otros internos.
- La incertidumbre respecto al futuro judicial y penitenciario.
- La presencia de conflictos interpersonales.
- La adaptación a normas rígidas y altamente estructuradas.
- La sobreocupación de algunos centros penitenciarios.
- El acceso limitado a determinados recursos terapéuticos.

Estos factores pueden generar elevados niveles de estrés, ansiedad, frustración e irritabilidad, aumentando la probabilidad de conductas agresivas, especialmente en sujetos con escasas habilidades de afrontamiento o con antecedentes de impulsividad.

II.2. El fenómeno de la prisionalización

Uno de los conceptos fundamentales para comprender el comportamiento del interno es el de prisionalización, ya abordado en otro tema de esta formación. Este término hace referencia al proceso mediante el cual la persona privada de libertad adopta progresivamente los valores, normas y pautas de comportamiento características del medio penitenciario.

La prisionalización puede favorecer mecanismos adaptativos útiles para la supervivencia dentro de la prisión, pero también puede promover conductas de desconfianza, hipervigilancia, hostilidad o agresividad como estrategias de protección frente a posibles amenazas percibidas.

En determinados casos, especialmente cuando existen trastornos mentales previos, este proceso puede contribuir al deterioro psicológico y aumentar la conflictividad institucional.

II.3. Trastornos mentales más frecuentes en población penitenciaria

Las investigaciones realizadas en diferentes sistemas penitenciarios muestran una elevada prevalencia de:

- Trastornos por consumo de sustancias.
- Trastornos de personalidad, especialmente antisocial, límite y paranoide.
- Trastornos depresivos.
- Trastornos de ansiedad.
- Trastornos psicóticos.
- Trastorno bipolar.
- Trastorno por déficit de atención e hiperactividad persistente en la edad adulta.
- Discapacidad intelectual leve o límite.

La coexistencia de varios diagnósticos, conocida como comorbilidad, constituye una de las características más frecuentes de esta población. Especial relevancia presenta la denominada patología dual, es decir, la presencia simultánea de trastorno mental y trastorno por consumo de sustancias, debido a su asociación con mayores dificultades de adaptación penitenciaria y mayor riesgo de conductas violentas.

II.4. Violencia intrapenitenciaria

La violencia dentro de prisión puede manifestarse de diversas formas. Una de ellas es la violencia entre internos, que incluye agresiones físicas, amenazas, intimidación, extorsiones o abusos sexuales. Otra manifestación de ella es la violencia autodirigida, que comprende autolesiones, intentos de suicidio y suicidios consumados. Este tipo de violencia presenta una especial relevancia clínica debido a la elevada prevalencia de trastornos afectivos y de personalidad en la población reclusa.

También consideramos la violencia hacia funcionarios y profesionales penitenciarios, generalmente relacionada con dificultades de control de impulsos, frustración, consumo de sustancias o episodios psicopatológicos agudos.

En general podemos señalar que la mayoría de los internos con trastorno mental no protagonizan incidentes violentos graves. Los episodios de agresividad suelen concentrarse en subgrupos específicos caracterizados por la combinación de enfermedad mental grave, consumo de sustancias, antecedentes de violencia y falta de adherencia terapéutica.

II.5. Evaluación del riesgo de violencia en prisión

La evaluación del riesgo constituye una de las tareas fundamentales de los profesionales penitenciarios. Actualmente se emplean modelos estructurados que integran factores históricos, clínicos y de gestión del riesgo.



Entre los principales factores asociados a futuros comportamientos violentos destacan los antecedentes previos de violencia, el inicio precoz de conductas antisociales, la psicopatía/perversión, el consumo de alcohol y drogas,

la impulsividad elevada, la escasa conciencia de enfermedad, el incumplimiento terapéutico, el escaso apoyo social y familiar, la presencia de delirios persecutorios o alucinaciones imperativas y las conductas violentas previas durante el internamiento.

La evaluación continua permite diseñar intervenciones individualizadas orientadas a reducir la probabilidad de reincidencia y mejorar la adaptación institucional.

II.6. Intervención psicológica y psiquiátrica en prisión

La finalidad actual del tratamiento penitenciario no se limita al control de la conducta, sino que busca favorecer la rehabilitación y reinserción social del interno. Las intervenciones más utilizadas

incluyen tratamiento farmacológico de los trastornos mentales, programas de deshabitación de drogas, terapia cognitivo-conductual, programas de control de impulsos y manejo de la ira, entrenamiento en habilidades sociales, intervención en violencia de género, programas para agresores sexuales, psicoterapia individual y grupal, programas de prevención del suicidio.

La combinación de tratamiento psiquiátrico, intervención psicológica y apoyo psicosocial reduce significativamente la conflictividad institucional y el riesgo de reincidencia.

II.7. Reinserción social y continuidad asistencial

Otro de los principales desafíos del sistema penitenciario consiste en garantizar la continuidad de los tratamientos tras la excarcelación. Así, los estudios que se han llevado a cabo señalan que el riesgo de recaída clínica, consumo de sustancias y reincidencia delictiva aumenta cuando no existe seguimiento sanitario y social tras la puesta en libertad.

Por ello, los programas actuales de reinserción contemplan la coordinación entre instituciones penitenciarias, servicios de salud mental comunitarios, recursos de drogodependencias, servicios sociales y dispositivos de inserción laboral. Esta continuidad asistencial constituye un factor protector esencial para reducir tanto la reincidencia delictiva como la aparición de nuevas conductas violentas.

II.8. Integración con las conclusiones generales

La evidencia disponible permite afirmar que la presencia de un trastorno mental no constituye por sí sola un predictor suficiente de violencia, tampoco dentro del contexto penitenciario. El riesgo aumenta principalmente cuando concurren otros factores como el abuso de sustancias, determinados trastornos de personalidad, antecedentes violentos, aislamiento social, incumplimiento terapéutico o condiciones ambientales adversas. Desde esta perspectiva, la prisión debe concebirse no sólo como un espacio de custodia, sino también como un contexto de intervención clínica y rehabilitación orientado a disminuir el riesgo de violencia y favorecer la reintegración social de las personas con trastorno mental.

Bibliografía básica

- Andrés Pueyo, A. (2013). Manual de psicología jurídica e investigación criminal. Madrid: Pirámide.
- Andrews, D. A., & Bonta, J. (2010). The Psychology of Criminal Conduct (5th ed.). New Providence, NJ: LexisNexis.
- Bartol, C. R., & Bartol, A. M. (2019). Introduction to Forensic Psychology: Research and Application (6th ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Buela-Casal, G. y Sierra, J.C. (1997). Manual de Evaluación Psicológica. Madrid, Siglo XXI.
- Clemmer, D. (1940). The Prison Community. Boston: Christopher Publishing.
- García, J. y Sancha, V. A. (1983). Psicología Penitenciaria. Madrid: UNED.
- Garrido Genovés, V. (2005). Psicología criminal. Valencia: Tirant lo Blanch.
- Garrido Genovés, V., Stangeland, P., & Redondo Illescas, S. (2006). Principios de criminología. Valencia: Tirant lo Blanch.
- Goldstein, A. M. (2007). Forensic Psychology. Hoboken, NJ: Wiley.
- Heilbrun, K. (2001). Principles of Forensic Mental Health Assessment. New York: Kluwer Academic/Plenum.
- Landrove Díaz, G. Las consecuencias jurídicas del delito. Ed Tecnos, Madrid 2005.
- Manzanero, A. L. (2010). Psicología del testimonio. Madrid: Pirámide.
- Martínez Escamilla, M. y Sánchez Álvarez, M. P. (Coord.) (2011). Justicia restaurativa, mediación penal y penitenciaria: Un renovado impulso. Madrid: Reus.
- McGuire, J. (2002). Offender Rehabilitation and Treatment. Chichester: Wiley.
- Otto, R. K., & Douglas, K. S. (2010). Handbook of Violence Risk Assessment. New York: Routledge.
- Redondo Illescas, S., & Garrido Genovés, V. (2013). Principios de criminología aplicada. Valencia: Tirant lo Blanch.

- Rogers, R. (2008). Clinical Assessment of Malingering and Deception (3rd ed.). New York: Guilford Press.
- Téllez Aguilera, A. (2005). Nuevas penas y medidas alternativas a la prisión. Madrid: Edisofer.
- Weiner, I. B., & Otto, R. K. (2013). The Handbook of Forensic Psychology (4th ed.). Hoboken, NJ: Wiley.
- Zehr, H. (2010). El pequeño libro de la justicia restaurativa. Intercourse, PA: Good Books

Bibliografía complementaria

- Abel Souto, M. (2006). Teorías de la pena y límites al "ius puniendi" desde el Estado democrático. Madrid: Dilex.
- Alonso-Quecuty, M^a. L. (1995). Psicología y testimonio. En M. Clemente (Ed.): Fundamentos de la psicología jurídica. Madrid: Fundación Universidad Empresa.
- Aluja, A. (1989). Psicopatía versus trastorno antisocial de la personalidad: Estudio comparativo. Revista de Psicología Universitas Tarraconensis, XI.
 - Andrés Pueyo, A., & Redondo Illescas, S. (2007). Predicción de la violencia: entre la peligrosidad y la valoración del riesgo. Barcelona: Ariel.
 - Arce, R., & Fariña, F. (2006). Psicología del testimonio y prueba pericial. Madrid: Biblioteca Nueva.
 - Arce, R., & Fariña, F. (2014). Evaluación psicológica forense de la credibilidad y el testimonio. Madrid: Pirámide.
 - Clemente, M. y Sancha (1989). Psicología social y penitenciaria. Madrid, Ministerio de Justicia.
 - Echeburúa, E., Amor, P. J., & Corral, P. (2009). Trastornos de personalidad y violencia. Madrid: Pirámide.
 - Echeburúa, E., & Corral, P. (1998). Manual de violencia familiar. Madrid: Siglo XXI.

- Esbec, E., & Gómez-Jarabo, G. (2000). Psicología forense y tratamiento jurídico-legal de la discapacidad. Madrid: Edisofer.
- Esbec, E. (2012). El informe psicológico pericial en los procesos judiciales. Madrid: Dykinson.
- Esbec, E., & Echeburúa, E. (2010). Violencia y trastornos mentales. Madrid: Pirámide.
- Garrido Genovés, V. (2005). El psicópata: un camaleón en la sociedad actual. Valencia: Algar.
- Igartua, I., Olalde, A., y Varona, G. (2012). Diccionario breve de justicia restaurativa. Una invitación interdisciplinaria e introductoria a sus conceptos claves. Saarbrücken: Editorial Académica Española.
- Luengo, M.A. y Carrillo, M.T. (1995). La psicopatía. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), Manual de psicopatología. Madrid: McGraw-Hill.
- Muñoz Vicente, J. M. (2010). Manual práctico de psicología jurídica. Madrid: Síntesis.
- Redondo Illescas, S. (2008). Manual para el tratamiento psicológico de los delincuentes. Madrid: Pirámide.
- Redondo Illescas, S., & Andrés Pueyo, A. (2007). La psicología de la delincuencia. Barcelona: Ariel.
- Raine, A. (2000). Psicopatía, violencia y neuroimagen. En A. Raine y J. Sanmartín (Eds.), Violencia y psicopatía. Barcelona: Ariel.
- Sancha, V. A. y Miguel-Tobal, J.J. (1984). Tratamiento Penitenciario: su práctica. Madrid: Escuela de Estudios Penitenciarios
- Tamarit Sumalla, J. M. (2012). La victimología: cuestiones conceptuales y metodológicas. Valencia: Tirant lo Blanch.
- Varona, G. (2011). Justicia restaurativa. Valencia: Tirant lo Blanch.
- Tamarit Sumalla, J. M. (2012). La victimología: cuestiones conceptuales y metodológicas. Valencia: Tirant lo Blanch.

Cuestiones

1. Qué factores pueden precipitar o agravar las conductas en la Institución Penitenciaria.
2. Indica los datos de los que disponemos acerca de los pacientes esquizofrénicos y las conductas violentas
3. A qué responde la violencia ejercida por individuos psicopáticos.
4. Señala los trastornos mentales más frecuentes en la población penitenciaria.
5. Qué tipos de violencia intra penitenciaria se manifiestan más frecuentemente.

**Texto realizado por Enrique de la Torre M.
ISFAP**