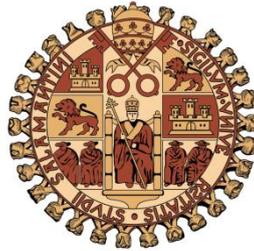


# TESIS DOCTORAL

UNIVERSIDAD DE SALAMANCA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA



“ANÁLISIS DE LA *RESPONSABILIDAD CRIMINAL* EN RECLUSOS  
COLOMBIANOS ACUSADOS DE HOMICIDIO”

Alumno: Moisés Roberto Mebarak Chams.

Director: Dr. Fernando Jiménez Gómez.

**Doctorado de Psicología Clínica y de la Salud**

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos

Salamanca, Mayo de 2010

UNIVERSIDAD DE SALAMANCA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA



“ANÁLISIS DE LA *RESPONSABILIDAD CRIMINAL* EN RECLUSOS  
COLOMBIANOS ACUSADOS DE HOMICIDIO”

Alumno: Moisés Roberto Mebarak Chams

Director: Dr. Fernando Jiménez Gómez

**Doctorado de Psicología Clínica y de la Salud**

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos

Salamanca, Mayo de 2010

INFORME DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE GRADO

**D. Fernando Jiménez Gómez**, en calidad de Director de la Tesis Doctoral titulado *Análisis de la de la responsabilidad criminal en reclusos colombianos acusados de homicidio*” realizado por el alumno D. **Moisés Roberto Mebarak Chams** para su lectura y defensa ante tribunal,

DESEA HACER CONSTAR que,

dicho trabajo contiene los elementos esenciales de originalidad, metodología y aportación científica suficientes para ser expuesto y defendido ante tribunal.

Salamanca, 16 de abril de 2011

EL DIRECTOR DE LA TESIS DOCTORAL

Fdo. Fernando Jiménez Gómez

Agradecimientos:

En esta investigación he recibido la colaboración de muchas personas a quienes les estoy muy agradecido.

En primer lugar a mi Director de la investigación y coordinador del Doctorado en Psicología Clínica, Dr. Fernando Jiménez Gómez por su orientación, entrega, apoyo y colaboración con ésta a nivel teórico y estadístico. Además de con sus clases inducirnos el interés por el tema.

El profesor Fernando no solo ha trabajado de manera adicional en tiempos que no le correspondían, sino que ha demostrado poseer todas las virtudes que un estudiante requiere de un Director, pues ha colaborado con esta investigación de manera eficaz, siendo un extraordinario guía y sin lugar a dudas un gran investigador.

Ha sido además una persona que siempre cumple con sus horarios, y responde a gran velocidad a los que lo solicitan.

Le estoy más que agradecido a mi Director, pues ha justificado con creces mis viajes a España.

Además quisiera agradecerles a mis amigos, Juan Carlos Rodríguez, Gustavo Royet y Medardo González por su apoyo permanente en ésta investigación.

Además, por su orientación metodológica quisiera darle las gracias a mis siempre profesoras las Dras. Consuelo Angarita, Marina Llanos y mí, siempre, amigo y colega el Dr. Jorge Galindo.

Al Dr. Carlos Javier Velásquez también hay que mencionarlo, porque de las conversaciones con él y de su interés por las áreas en Psicología Forense en relación al Derecho Penal, surgieron las primeras reflexiones e ideas de investigación sobre el tema.

En temas de Derecho Penal, también hay que mencionar al Abogado Penalista Harold Vega, cuyo aporte fue muy importante en la realización de los cuestionamientos legales.

También al Abogado Ernesto Abello y su padre Norberto fiscal delegado ante los Jueces Penales del Circuito en la Unidad de delitos contra la Administración Pública. en la ciudad de Barranquilla, Colombia.

También quisiera agradecerles al Dr. Alberto de Castro por sus sugerencias y apoyo de siempre, a la Dra. Olga Hoyos y al Ingeniero Cristian Bejarano en lo referente a las recomendaciones por parte de la Universidad del Norte, que, junto con la carta de mi Director de Investigaciones y el valioso apoyo de la Dra. Soraya Escobar, me permitieron poder acceder a los Centros Penitenciarios.

Al interior de las Instituciones carcelarias, agradecerles la colaboración a las Psicólogas. Oyorby Pérez, Mónica Granados y a la trabajadora social María Eugenia así como al Dr. José Bordillo.

Hay que agregar a las Psicólogas Franchi Imbachi, y a Carolina Mercado por su entrega y voluntad con el fin de sacar adelante esta investigación en lo relativo a algunas entrevistas con la población requerida.

No hay que olvidar de ninguna manera a todos los reclusos, hombres y mujeres, que participaron y colaboraron en las entrevistas, a pesar de saber que no tenían nada que ganar ni que perder en relación a sus procesos judiciales.

También, es imprescindible agregar a la Dra. Beatriz de Torres, por haber creído en mí, y por haber colaborado en todo lo relacionado con la consecución de la beca para poder estar aquí investigando.

Es importante también mencionar a la Fundación Carolina, a las directivas de la Universidad del Norte con el Dr Ferro Bayona a la cabeza, y a Gestión Humana, en general, por la beca que ha hecho posible esta investigación en Salamanca, España. En la Fundación Carolina, hay que mencionar a la Dra. Lucia Polonia la invaluable secretaria de Bogotá, y a la Dra. Piedi Martín, en España, quienes han estado muy pendientes de sus gestiones y las han realizado con eficiencia, en todo momento en lo referente a mi estadía en este hermoso lugar.

A mi madre y padre, por haberme mostrado con su ejemplo la importancia del estudio y de la educación.

A mi esposa, mi compañera de siempre, mi luz y mi vida, sin ella nada hubiera sido posible.

A Todos, Mil Gracias.

## TABLA DE CONTENIDO

<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>11</b>
- JUSTIFICACIÓN .....	22
<b>2. MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>27</b>
2. A. PSICOLOGÍA FORENSE .....	27
2. A. 1 Definición .....	27
2. A. 2 Marco Histórico.....	30
2. B. RESPONSABILIDAD CRIMINAL .....	32
2. B. 1. Factores Biológicos, Genéticos, Neurobiológicos y de Neurociencias .....	34
2. B. 1. 1. Factores Biológicos .....	34
2. B. 1. 2. Factores Genéticos.....	34
2. B. 1. 3. Factores Neurobiológicos y de neurociencias.....	35
2. B. 2 .Principales teorías subyacentes a la responsabilidad criminal.....	36
2. B. 2. 1. Teoría Psicoanalítica .....	36
2. B.2.2. Teoría cognitiva .....	39
2. C. PSICOPATOLOGÍA Y RESPONSABILIDAD CRIMINAL .....	40
2. C. 1. Trastorno mental.....	40
2. C. 2. Trastorno de personalidad .....	40
2. C. 3. Psicopatía .....	42
2. C. 4. Retraso mental .....	46
2. D. EVALUACIÓN FORENSE .....	46
2. D. 1. Evaluación Forense en relación a la responsabilidad criminal.....	46
2. D. 2. Psiquiatras y psicólogos como testigos expertos. ....	49
2. E. PROCESOS MENTALES.....	50
2. E. 1. Conciencia.....	51
2. E. 2. Atención.....	51

2. E. 3. <i>Percepción</i> .....	52
2. E. 4. <i>Memoria</i> .....	53
2. E. 5. <i>Pensamiento</i> .....	53
2. E. 6. <i>Trastornos del contenido del pensamiento</i> .....	54
1) Ideas no delirantes .....	55
1).1. <i>Idea errónea</i> .....	55
1).2. <i>Idea Sobrevalorada</i> .....	55
1).3. <i>Idea Obsesiva</i> .....	56
2). Ideas delirantes .....	56
2). 1. <i>Tipos de delirio:</i> .....	57
2).1.1. <i>Delirio de Persecución</i> .....	57
2).1.2. <i>Delirio de control</i> .....	57
2).1.3. <i>Delirio místico</i> .....	57
2. E. 7. <i>Lenguaje</i> .....	58
2. F. EL SISTEMA CARCELARIO COLOMBIANO. ....	59
2. G. MARCO LEGAL COLOMBIANO. ....	65
2. G. 1. <i>Artículo 33: Inimputabilidad</i> .....	65
2. G. 2. <i>Nuevo sistema penal acusatorio: implicaciones para las evaluaciones Clínica-Forenses.</i> ....	68
2. H. INSTRUMENTOS .....	71
2. H. 1. <i>Instrumento de Evaluación Psicológica de la Responsabilidad criminal.</i> .....	71
2. H. 2. <i>R-CRAS: Descripción Básica del R-CRAS. Estudios e Investigaciones.</i> .....	72
2. H. 3. <i>MMPI y MMPI-2. Descripción Básica del MMPI-2.</i> .....	76
2. H. 3. 1. <i>Capacidad de ir a Juicio</i> .....	79
2. H. 3. 2. <i>Responsabilidad criminal</i> .....	80
2. H. 3. 3. <i>La clasificación de delincuentes de Megargee</i> .....	81
2. H. 4. <i>MSE- Ofense</i> .....	84
2. H. 4. 1. <i>Descripción básica:</i> .....	84

2. H. 4. 2. Críticas al MSE .....	85
<b>II. DISEÑO EXPERIMENTAL.....</b>	<b>87</b>
II. A. METODOLOGÍA:.....	87
<i>II.A.1. Objetivos.</i> .....	88
<i>II.A.2. Participantes</i> .....	89
<i>II. A. 3. Instrumento R-CRAS versión original.</i> .....	97
II. A. 3. 1. Identificación de las variables. ....	100
II.A.3.2 Instrumento R-CRAS modificado por Mebarak y Jiménez (2009).....	108
II.A.3.3 Identificación de las variables a partir de las modificaciones al Test Original. ....	110
II. A. 3. 3. 1. DATOS GENERALES: .....	111
II. A. 3. 3. 2. PREGUNTAS PROPIAS DEL PROTOCOLO. ....	113
<i>II. A. 4. Procedimiento.</i> .....	113
II.A.4.1. Dificultades con la adaptación del R-CRAS. ....	115
II. A. 4. 2. Dificultades con la consecución de la población.....	116
II.A.4.3 Dificultades con la consecución de archivos legales o documentos de utilidad. ....	117
II. B. RESULTADOS. ....	119
<i>II.B.1.- Descripción de las variables categóricas que se corresponden con las variables independientes de la muestra de los internos en las cárceles colombianas.</i> .....	119
<i>II.B.2.- Descripción de los resultados ofrecidos por los internos a los ítems que componen el R-CRAS en su adaptación a la población colombiana.</i> .....	139
<i>II.B.3 Tabla de Correlaciones.</i> .....	174
<i>II .B .4.- Análisis del Cuestionario R-CRAS:</i> .....	178
II.B.4.1.- Análisis de la fiabilidad del R-CRAS, en su adaptación a la población colombiana a través del índice de homogeneidad aportado por el “alfa” de Crombach. ....	178
II.B.4.2.- Análisis factorial el R-CRAS. ....	178
II.B.4.3.- Baremación del Cuestionario. ....	184
II.B.4.4.- ANALISIS DISCRIMINANTE .....	186

II.B.4.4.1 Análisis Discriminante. Psicopatología (R-CRAS) .....	187
II.B.4.4.2 Análisis Discriminante. Organicidad. (R-CRAS) .....	188
II.B.4.4.3 Análisis Discriminante/ Control Cognitivo (R-CRAS) .....	189
II.B.4.4.4 Análisis Discriminante: Trastorno Afectivo. (R-CRAS).....	190
<b>III. CONCLUSIONES.....</b>	<b>192</b>
<b>IV. DISCUSIÓN .....</b>	<b>196</b>
<b>V. BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>203</b>
<b>VI. ANEXOS.....</b>	<b>225</b>
<b>1 .....</b>	<b>227</b>
<b>2.....</b>	<b>228</b>
<b>3.....</b>	<b>228</b>
<b>4.....</b>	<b>228</b>
<b>VARIABLES MODIFICADAS DEL R_ CRAS ORIGINAL .....</b>	<b>228</b>

## **INTRODUCCIÓN**

Uno de los retos más difíciles de resolver en esta investigación consiste en intentar definir un término tan amplio y con tanta diversidad de contenidos intrínsecos como es la *responsabilidad criminal*.

Entre más nos adentramos en cuanto a la complejidad del concepto en cuanto a contenido, mas nos percatamos de las innumerables posibilidades que ofrece.

Una definición acorde a nuestros propósitos de investigación, se puede encontrar en Lerner y Whilmoth (2010). La definición precisa de *responsabilidad criminal*, varía de lugar en lugar, pero en general, el hecho de declarar a una persona responsable de un acto criminal, implica que el perpetrador debe entender lo que está haciendo, y saber que está mal.

A pesar de eso, el concepto de *responsabilidad criminal*, es un punto de partida, no solo para temas relacionados con peritajes forenses, al presentarles un norte a los peritos, y un foco específicamente forense de evaluación, sino que nos abre puertas a nivel de investigación teórica y práctica que contribuyen a un mayor conocimiento del comportamiento del ser humano en torno a una dinámica tan compleja, tan cargada de reproche social, y de tan difícil comprensión como es el homicidio.

Uno de los debates importantes al plantear la historia de la *responsabilidad criminal*, es que particularmente, en ella, hay un punto de encuentro entre la Psicología y la Ley. Y su origen como concepto Psicológico- Jurídico presenta diversas fuentes a lo largo de la historia.

Actualmente no se conocen en Latino-América, ni Asia, ni en el resto del mundo, líneas abiertas de investigación formal acerca de la *responsabilidad criminal* desde la Psicología Forense, no obstante, existen algunos libros sobre Criminología que arrojan información valiosa, con miras a entender la historia relativa al término. Como se podrá notar a lo largo de éste trabajo de investigación, hay una íntima relación de la Criminología con el tópico denominado *responsabilidad criminal*.

*“Cabe definir la criminología como ciencia empírica e interdisciplinaria que se ocupa del estudio del crimen, de la persona, del infractor, la víctima y el control social del comportamiento delictivo y trata de suministrar una información válida, contrastada, sobre la génesis, dinámica y variables principales del crimen- contemplando éste como problema individual, y como problema social- así como sobre los programas de intervención eficaz del mismo, las técnicas de intervención positiva en el hombre delincuente y los diversos modelos o sistemas de respuesta al delito.” (García, P. 2001, p.33)*

La Psicología Forense, es una rama de la Psicología aún joven, que colinda con la Criminología, la Psicología Social y la Psicología Clínica principalmente, por lo que sus temáticas propias de acción, muchas de ellas habían sido abordadas por estas diversas disciplinas. Si se pretende una revisión profunda del concepto, y un rastreo hacia sus orígenes, la revisión de los libros específicos de la Psicología Forense, pueden traer serias limitaciones, pues los que se pudieron revisar no se detienen en ningún momento, en la historia Universal del Concepto, sino en sus precedentes en Estados Unidos e Inglaterra, por lo que para poder enriquecer este estudio, nos vimos precisados de solicitarle auxilio a las ciencias criminológicas, las cuales en muchos de sus estudios toman en consideración lo correspondiente a esta temática.

Procedemos sin más a la revisión histórica:

“Mojones importantes en ese largo pasado están constituido por obras tales como el fundador del código del Imperio Babilónico *Hammurabi*.(1730 -1685 A.C.), la legislación Mosaica, contenida en los cinco libros del Pentateuco. (Génesis, Éxodo, Levítico, Números y Deuteronomio) El *libro de los muertos* del antiguo Egipto(S. XVI A.C) y el libro de la *ley de Manú*, síntesis de las Doctrinas del Brahamanismo, atribuido al “padre de los hombres” (Manú) la ley de las doce tablas (*Lex duodecim Tabularium*) primer código de los Romanos promulgado en el año 450 A.C; EL Digesto, las instituta, las novelas y los códigos, amplias compilaciones del derecho romano, ordenadas por Justiniano (482- 565), obras estas últimas que constituyen los fundamentos mediatos de nuestra juricidad.

Más recientemente y como textos relevantes para el posterior desarrollo científico de la Criminología, deben destacarse documentos tales como la “Carta Magna” concedida en 1215 por el rey Juan Sin tierra (1167- 1216) donde se reconocen algunos derechos a la nobleza inglesa y a la naciente burguesía : la Declaración de Derechos firmada por Guillermo III de Inglaterra el 22 de Enero de 1689, dando origen a la monarquía constitucional y reconociendo ciertos derechos a los ciudadanos en su relación con el estado.” (Fontalvo, 2001)

Del famoso Código de Hammurabi también puede decirse que allá por el año 1728 antes de Cristo en Mesopotamia, cuando se comenzó a separar la función de los jueces a la de los sacerdotes, o como cuando se establece que no se debe castigar a todos por igual ante el mismo delito, puesto que los ricos al deber ser ejemplo del resto y esperarse de ellos una moral más elevada, deberán ser castigados con más severidad que los pobres. (Clemente y Espinoza, 2001)

También los Griegos, realizaron observaciones importantes, desde tiempos inmemorables, relacionados con la aparición del delito, así resultan de interés para los Psicólogos Forenses, así

como para los Criminólogos y demás estudiosos de la conducta criminal los aportes de los filósofos más importantes y reconocidos de la Grecia Clásica. “Tanto Platón (428-347 A.C) como Aristóteles (384- 322 A.C.) efectuaron observaciones críticas acerca de la correlación entre las situaciones socio-económicas y la delincuencia individual y colectiva.” (Tiegui, 1989).

Las tesis de los pensadores Griegos acerca del delito, son resumidas por (Clemente y Espinoza, 2001) cuando plantea que Sócrates explicaba la conducta delictiva en función de la ignorancia de los pueblos, Platón para quien el delito era un producto del medio ambiente y en concreto de la miseria y Aristóteles que relacionó el delito con las facultades del alma y la configuración corporal, así como tantos pensadores Griegos que reflexionaron sobre el delito.

De la época de los griegos hasta después del Renacimiento, hubo aportes a la temática y cambios graduales, pero sólo se pretende presentar aquellos puntos considerados más importantes, por lo que históricamente damos un salto cronológico hacía los aportes que cimentaron el concepto.

Tiempo después, hay que mencionar la Escuela Clásica, de la mano de Cesare Beccaria, que escribe “De los Delitos y las penas.” en el año de 1764. Para Ada Mendoza (2006) el autor mencionado, trataba de encontrar la igualdad de todos los ciudadanos ante la ley; escribir las leyes para que pudieran ser comprendidas por todos los individuos, y sobretodo que su interpretación no pudiera darse de forma desviada a la moral de los juristas o jueces. Como corolario, se pretendía limitar el ámbito de leyes penales para minimizar el delito.

Los trabajos de Beccaria, pueden tener un precedente importante en el Código de la Dinastía Chon escrito en 1122 antes de Cristo, que se refiere a la imposición de penas cuando éstas son relacionadas con los delitos cometidos. Hay que tener en consideración, de acuerdo a (Jiménez,

2001) que en el Derecho antiguo, es difícil encontrar antecedentes de la prisión como pena, es decir, como reacción social frente al delito.

La prisión, siguiendo la línea argumentativa de (Jiménez, 2001) no tenía otro sentido, que el de dar custodia al individuo acusado de haber cometido un delito, mientras esperaba la aplicación de la pena que se le impondría: está en ocasiones era la muerte, o posibles mutilaciones, así como azotes, entre otros.

Otro antecedente importante es la Escuela Positiva Italiana con Cesare Lombroso (1835 -1909), Enrico Ferri (1856- 1929) y Raffaele Garofalo (1852- 1934).

Un precedente importante a la Escuela positiva Italiana, es la obra de Agustín Muriel, cuyos estudios no sólo fundamentan la obra de Lombroso, sino que son predecesores de la Psicología Criminal, y de la Psicopatología y de la Psiquiatría Forense actual. (Tiegui, 1989)

El médico Italiano Cesare Lombroso, se dedica a estudiar reclusos en Cárceles Italianas, y considera que el delincuente presenta una morfología particular así como algunos rasgos acentuados que semejan formas evolutivamente más primitivas.

Durante algún tiempo, las ideas de Lombroso relacionadas con esta temática tuvieron su apogeo, e influyeron incluso en la ley.

“Así, en la forma procesal del Marqués de Moscardi, se especifica que: Oídos los testigos de cargo y descargo, y vista tu cara y tu cabeza, te condeno, a y aquí se abrían dos posibilidades para el procesado: o la prisión o la horca. También, el Edicto de Valerio seguía un esquema similar, al afirmar que cuando tengas dudas, entre dos presuntos culpables, condena al más feo”. Algo similar

a lo expresado por Lavater que decía que “la verdad embellece y el vicio desfigura”. (Clemente y Espinoza, 2001)

Entre los que siguieron las ideas de Beccaria, y los continuadores de las teorías lombrosianas, también conocidos como neo-lombrosianos, se presentaron continuas discusiones teóricas, ilustrar estas discusiones excede la pretensión de este estudio.

Un breve recorrido histórico, sobre los primeros trabajos relacionados con la *responsabilidad criminal* lo expone (Fontalvo, 2001). Es importante mencionar que el autor, no presenta en todos los casos fechas precisas, pero a pesar de esta limitación se considera que el recorrido que realiza con miras a la comprensión del delito, sienta bases históricas relacionadas con la *responsabilidad criminal*, que resulta un deber mencionar, así como el hecho de que de los diversos textos revisados sobre Criminología es el único, que presenta un estudio exhaustivo sobre los aportes de los estudiosos en los diversos países de Europa Occidental. El autor también en su obra presenta aportes en otros Continentes, pero resulta demasiado material para ser expuesto, por lo que se considera suficiente presentar de manera sucinta y resumida el recorrido que realiza por los principales países de Europa:

*Así como en Italia fueron de suma importancia los aportes de la Escuela Positivista Italiana, así como los relacionados con la Escuela Clásica, también en Alemania encontramos autores tales como Gustav Aschafenburg. (1866- 1944); y Moriz Benedict. (1835 -1920) que enriquecieron la temática con trabajos sobre la Anatomía de la Mente de los criminales. En Francia son relevantes los aportes de Gabriel Tarde( 1843- 1904),.A Lassacagne y L.Manouvrier (orientación sociológica) así como los de Rene Rostein, Jean Pinatel, M. Laignel –Lavastine, V. VStaciu y A. Hesnard. (Orientación psicoanalítica). En España, a Pedro Alvarado Montero(1861- 1919) quien en su obra utópica, el Derecho de los Criminales formula críticas de corte humanístico al tradicional al aparato Jurídico Penal, que en gran medida aún conservan su validez. (Fontalvo, 2001 .p.25.)*

Para el autor también se realizaron importantes contribuciones a la temática en Bélgica, Holanda, en los países Escandinavos, Suiza, la Unión Soviética, Polonia, Hungría, Yugoslavia y Bulgaria fundamentalmente exponiendo autores aislados, más que movimientos constituidos.

El origen de la *responsabilidad criminal*, como línea propia de investigación desde la Psicología forense en Estados Unidos tiene su origen en los modelos de decisión legales que actualmente existen y que se inician en 1843 cuando Daniel M<sup>^</sup>Naghten disparó y asesinó a el Primer Ministro Británico Robert Peel.

El avance médico encontró que M<sup>^</sup>Naghten era un enfermo mental. Esto llevo a la famosa ley que lleva su nombre *La Regla M<sup>^</sup>Naghten* donde cualquier persona puede evadir la *responsabilidad criminal* si se puede probar que no entendía la naturaleza del acto que estaba cometiendo. Igualmente no sería encontrado como responsable criminalmente si no podía apreciar que lo que estaba haciendo estaba mal. En los últimos años se ha discutido mucho sobre el significado de estos términos. (Lerner y Whilmoth, 2010)

Desde la Psicología, las teorías explicativas que más pueden haber contribuido a una explicación acerca de por qué se producen los delitos, se encuentran en consonancia con aquellas que tratan de explicar el origen de la agresión, así como aquellas relacionadas con los móviles, razones o motivaciones que influyen en el comportamiento humano.

“Actualmente las teorías que se han formulado para explicar la agresión humana, son las denominadas teorías activas. (p, ej. Freud), la Teoría del Aprendizaje Social de la Agresión, la Teoría del refuerzo de Hovland, Janis, y Kelley (1953) basada en el modelo de aprendizaje de Hull, así como la Teoría del Equilibrio Heider. (1946,1958) para la explicación de un amplio abanico de

fenómenos psicosociales, modificada más adelante por Newcomb (1959.) Por supuesto la Teoría de la disonancia cognitiva propuesta por Festinger (1957) o la Teoría de la acción razonada de Kelman. (1953, 1979,1980), así como la Teoría del refuerzo de Kapler. (1974) y la Teoría del Cultivo: Gerbner y Gross( 1976) “ (Clemente y Espinoza, 2001)

Actualmente cabe agregar a estas, las diversas teorías que el profesor Robert Hare (2009), un reconocido Psiquiatra Forense, ha establecido con miras a la comprensión del comportamiento psicopático, base de muchos crímenes. Sobre este respecto, la investigación cuenta con un capítulo bien documentado, que amplía esta especificación, donde se presentan los diversos aportes actuales a la psicopatía así como los relacionados con el origen del concepto.

Fundamentalmente para la apreciación del comportamiento criminal desde la Psicología, la investigación dividió estas temáticas de la psicología en dos grandes líneas: las correspondientes a la Escuela Psicoanalítica y las correspondientes a la Escuela Cognitiva. Debido a las diversas temáticas relevantes a la *responsabilidad criminal*, que podrán apreciarse en la investigación, tales como la Evaluación Forense, y lo correspondiente a los Instrumentos relativos a la *responsabilidad criminal* entre otros, éstos temas teóricos de aproximación al delito, pueden dar pie a diversas investigaciones a realizar a futuro.

La presente investigación tiene por objeto el análisis de la *responsabilidad criminal* en personas sindicadas o acusadas por el delito de homicidio en Colombia, que equivale a la diferenciación que se establece en España entre penados y no –penados.

Para esto se requirió, además de un análisis teórico sobre el tema que contemplara los aspectos considerados más importantes, una muestra con personas que estuvieran siendo procesadas por homicidio, o personas cuyos procesos ya se hubieran cerrado.

Esta muestra se realizó en la ciudad de Barranquilla de esta manera: las mujeres fueron evaluadas en la Penitenciaría del Buen Pastor y los hombres al interior de la cárcel Modelo de Barranquilla. También fueron entrevistados internos de hospitales psiquiátricos que, aunque fueron acusados de homicidio, se les declaró como inimputables por razón de inmadurez psicológica o trastorno mental, de acuerdo con la ley Colombiana.

Dado que el estudio se sitúa dentro del campo de la Psicología Forense y este campo aún se encuentra incipiente en sus investigaciones en nuestro país, habrá que definir inicialmente que es la Psicología Forense y cuáles son sus campos de acción.

El instrumento que se presenta en la investigación trae consigo aspectos puntuales de interés para la Psicología Forense tales como preguntas específicamente dirigidas a averiguar cómo se cometen los homicidios y sobre las condiciones mentales de los sujetos al momento en que se incurre en el delito.

El instrumento denominado *Rogers Criminal Assessment Scales* (Evaluación de la *responsabilidad criminal* de Rogers), conocido en su forma abreviada como R-CRAS, ha sido utilizado para complementar las Evaluaciones Clínicas Forenses en muchos casos que se han presentado en Estados Unidos por parte de los Psicólogos o Psiquiatras cuando éstos son llamados a testificar en los juicios que se presentan por homicidios y donde hay dudas acerca del estado mental de los sujetos que están siendo acusados.

Al momento presente no se conocen instrumentos que en Colombia evalúen específicamente la *responsabilidad criminal* de las personas procesadas por homicidio desde la Psicología ni desde la Psiquiatría Forense; por lo que sólo se encuentran las pruebas de uso frecuente tanto en Psicología Clínica como Forense, tales como el MMPI original y MMPI- 2, las cuales fueron adaptadas a población Española y son las que actualmente se utilizan.

Para poder realizar una adaptación de un protocolo de la *responsabilidad criminal* de una población de homicidas en Colombia, de forma adecuada, resulta necesario realizar un recorrido más profundo a nivel teórico y práctico sobre el tema.

En lo concerniente a lo teórico, se pretende explicar aquello del contenido de la *responsabilidad criminal* que resulta relevante para esta investigación, así como un estudio sobre los instrumentos forenses que están siendo utilizados en esta área y especialmente del R-CRAS.

Además, la investigación será enriquecida con aquello del marco legal colombiano que es necesario tener en cuenta en la adaptación del mencionado instrumento.

Para finalizar, habrá que decir que en lo referente al recorrido práctico que sustenta la investigación, se destacan el hecho de que en Colombia las libertades tienen un coste personal muy caro y la difícil situación de guerra que afronta conlleva a que este tipo de investigaciones sean poco realizadas.

*“El informe subraya que el conflicto armado interno, el narcotráfico y el crimen organizado continúan teniendo un peso significativo sobre la situación de derechos humanos.”  
(Informe anual del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos humanos e informes de la oficina del Alto Comisionado y del Secretario General, Valencia, 2.007, p 2)*

La investigación fue realizada con 226 personas que habían sido sindicadas y/o condenadas por el delito de homicidio.

El estudio tuvo en consideración aspectos culturales y sociales propios de nuestro país, además de tópicos legales específicos correspondientes al Sistema Legal Colombiano, en el momento de diseñar y estructurar las preguntas de el protocolo aplicado.

En todo caso, el objetivo de esta investigación es mucho más ambicioso que el mero hecho de adaptar una prueba, pues está relacionado con una conceptualización proveniente desde la Psicología Forense, frente al amplio contenido que encierra la temática de *responsabilidad criminal*.

## **- JUSTIFICACIÓN**

Colombia es un país aquejado desde hace más de 50 años por una guerra interna con diversos actores. Es, actualmente, uno de los países con las tasas de homicidio más altas del mundo. Para septiembre del año 2.007 había un total de 41.696 personas condenadas en las cárceles de Colombia, según el registro del INPEC (Instituto Nacional Penitenciario de Colombia), de las cuales, en el departamento del Atlántico habían sólo 831 y de los que en Barranquilla, la capital del Departamento (donde se realizó el estudio), habían 816. Según el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Colombia las necropsias por homicidio según rango de edad y sexo de enero a Abril del 2.007, que son las más recientes, hay un total de 4.312. En el departamento del Atlántico se realizaron un total de 155 necropsias.

Para el año 2008 se reportaron ante el mismo Instituto—como último dato oficial al momento presente- 15.251 casos de homicidio ocurridos en Colombia, lo cual marca una disminución de 1067 casos con respecto al año pasado, por lo que en el 2.007 el dato presentado era de 16318 homicidios.

A pesar de la reducción de 1.067 casos, las cifras de homicidios en Colombia son realmente alarmantes, y en sí mismas, justifican cualquier acercamiento desde el punto de vista de la investigación en Psicología, a esta realidad de nuestro país.

Dado que la investigación lleva por título “Análisis de la *responsabilidad criminal* en Homicidas Colombianos” implica un acercamiento entre un tema puntual de la Psicología Forense, que es el concerniente a la *responsabilidad criminal*, la cual requiere de expertos en el campo que realicen valoraciones al respecto. El tema además, nos sitúa en el campo de la interdisciplinariedad, debido

que es un área de interés tanto para la Psicología Forense como para la Psiquiatría y el Derecho Penal fundamentalmente.

Para Rogers (1986), las variables que evalúan la *responsabilidad criminal* son “Confiabilidad, Organicidad, Psicopatología, Control Cognitivo, y Control Comportamental”. Además, en la investigación se presentan otras variables tales como estrato social, nivel educativo, ocupación social y tipo de arma que se adicionaron antes de la presentación formal del test que son información complementaria útil para la psicología forense como para la psicología criminal, pues apuntan a lograr un mayor conocimiento de la realidad de esas personas sindicadas y condenadas por el delito de homicidio en la Costa Atlántica Colombiana.

La Psicología Forense en Latinoamérica requiere de manera urgente, la utilización de Instrumentos Específicamente Forenses (IEF) que le sean de utilidad al perito que realiza las evaluaciones, con el fin de ayudarlo a determinar la *Responsabilidad criminal* del acusado.

*“La psicología Jurídica y Forense en Latinoamérica se ve enfrentada a múltiples retos y dificultades donde, debido a la relativa carencia de literatura científica y programas de formación especializada, además de la falta de mecanismos formales de control o sanción de la mala praxis de los psicólogos, algunos profesionales han sido descalificados. Uno de los aspectos en que este problema puede ser solucionado radica en disminuir las evaluaciones erráticas y los errores judiciales, particularmente a través del desarrollo de procedimientos e instrumentos de evaluación forense estandarizados, válidos y confiables. Se presentan algunos protocolos de evaluación psicológica forense, uno para víctimas que a raíz del delito han desencadenado alteraciones psicológicas y otro para imputados que argumentan psicopatología como defensa legal por inimputabilidad” (Tapias, 2004, p. 50).*

La necesidad de una Evaluación Psicológica Forense acerca de la *Responsabilidad criminal* de la persona que está siendo acusada, se presenta cuando surgen casos donde hay dudas acerca del estado mental de la persona al momento del supuesto crimen, y se establece una defensa

argumentando que el acusado no es culpable debido a un trastorno o enfermedad mental. De acuerdo con la Ley Colombiana, cuando se puede demostrar este trastorno o anomalía, el acusado es declarado inimputable de él cargo de homicidio. Esta defensa se encuentra sostenida en el artículo 33 del Código Penal Colombiano:

*“Es inimputable quien en el momento de ejecutar la conducta típica y antijurídica no tuviere la capacidad de comprender su ilicitud o de determinarse de acuerdo con esa comprensión, por inmadurez psicológica, trastorno mental, diversidad sociocultural o estados similares” (CPC, 2.007, p. 37)*

Con el fin de poder demostrar este trastorno o anomalía, el abogado defensor del acusado, puede solicitar la presencia de un perito en Psicología o Psiquiatría Forense que testifique acerca de la *responsabilidad criminal* del acusado, y emita una valoración, así el perito puede valerse de diferentes pruebas, además de una entrevista estructurada.

Un instrumento específicamente diseñado para organizar la información del perito con respecto a la valoración que realiza, es el R-CRAS de Rogers, el cual no tiene un equivalente conocido en Latinoamérica, pues su origen es anglosajón. Una adaptación cultural del protocolo en nuestro contexto Colombiano, permite dar luces al experto que está realizando la valoración forense, en torno a la *responsabilidad criminal* del acusado.

La presente investigación pretende ir más allá de la adaptación cultural del instrumento R- CRAS modificado por Mebarak y Jiménez (2009), pues permite realizar una investigación con alcances teórico – prácticos que nos permite no sólo conocer acerca del concepto y sus implicaciones sino que los datos estadísticos comprendidos en la muestra, nos presentan aspectos importantes que pueden ser de utilidad en la investigación de personas que hayan cometido homicidio.

Una investigación exhaustiva acerca del concepto de *responsabilidad criminal* nos permite acercarnos teóricamente a los modelos de decisión que se utilizan en el sistema anglosajón entre otros puntos, y además, a un acercamiento inicial a como se ha aplicado en un tipo de defensa que se utiliza bajo los presupuestos de la ley americana que en Estados Unidos se conoce como NGRI (*not guilty by reason of insanity*) que en español significa “no es culpable por razón de enfermedad mental” y aplicar los mismos principios en la conceptualización del R-CRAS pero tomando en consideración las diferentes características que presenta la ley en Colombia.

Una investigación a fondo acerca de los estudios que se han realizado desde la Psicología y la Psiquiatría sobre la *responsabilidad criminal* nos permite brindarle luces a la Psicología Forense y al Derecho Penal en Colombia, dejando abierta la posibilidad de que se realicen con esta base otras investigaciones que puedan repercutir en diversas líneas de estudio tales como: investigaciones desde las neurociencias, la neurobiología y la genética, entre otras. Para los investigadores del Derecho un avance en esta área, puede ser de utilidad en los aspectos referentes a su concepción de hombre, pues es sabido cómo el avance de la ciencia debe ir acorde a los cambios en las disposiciones legales.

De acuerdo con Gudjensson (1998) La perspectiva histórica resulta central, como punto de partida, en la manera como los psicólogos se relacionan con un problema forense.

Los legisladores y los antiguos tribunales de justicia han experimentado grandes transformaciones en los últimos 800 años, se han derogado leyes diversas y algunas nuevas han sido creadas. Lo que hoy se considera como parte fundamental de la legislación puede presentarse como un problema legal el día de mañana. Por esto, las investigaciones teóricas en el campo de la Psicología Forense

pueden resultar muy útiles, dado que la comprensión de la *responsabilidad criminal* puede arrojar luces que a futuro, podrían ser factores que influyan en la modificación de las leyes actuales.

La comprensión de la *responsabilidad criminal* puede arrojar luces acerca del móvil del supuesto homicida, por lo que como corolario sería posible afirmar que la Psicología Forense podría sembrar las semillas que fecunden en un realizar avances en torno a las razones del comportamiento criminal, que es el campo donde los abogados requieren la asistencia de los peritos, y donde éstos, aunque han logrado un acercamiento cada vez mayor a la captación de este punto fundamental, aún continúan con muchas preguntas sin respuesta.

## 2. MARCO TEÓRICO

### 2. A. Psicología Forense

De las muchas y muy diversas definiciones conceptuales que se encuentran sobre el origen de la Psicología Forense se destaca este planteamiento:

*“El término Forensic Psychology fue usado en la UK por Haward (1953) en una dirección en el County Durham Psychology Group y más adelante en la Northern Branch of the British Psychological Society. Siendo coherentes con los principios enunciados en aquella ocasión la psicología forense es aquí definida como “aquella rama de la psicología aplicada que se encuentra relacionada con la colección, examen, presentación y evidencia para propósitos judiciales” (Gudjensson, 1998, p.7).*

Dependiendo del contexto cultural en que se encuentra la Psicología Forense, se notan cambios en su conceptualización y por ende en las funciones específicas que realiza el psicólogo forense. En Norte-América, a diferencia de España, por ejemplo, cualquier actividad que involucre alguna interferencia entre psicología y ley puede llamarse Psicología Jurídica y, para algunos, Psicología Forense. En muchos países de lengua Española, las relaciones de la psicología y la ley, principalmente desde una perspectiva teórica, corresponden al marco de la Psicología Jurídica.

#### 2. A. 1 Definición

El autor nos presenta una de las dificultades que existen actualmente en relación a la definición del término. “El termino Forense deriva del latín *Forensis*, significa que se atribuye a los Foros, específicamente a los tribunales imperiales de Roma, donde se realizaban disputas verbales acerca de los temas importantes.” (Gudjensson, 1998, p.6)

Para algunos autores, la Psicología Forense es comprendida como un área que surge de la Psicología Clínica:

*“Debido a que se plantea que los psicólogos clínicos son expertos en comportamiento humano, no es sorprendente que algunos comenzaran a especializarse en la aplicación del conocimiento psicológico a los problemas que enfrentan los jueces, abogados, oficiales de policía y de hecho, a cualquiera que deba enfrentar o vérselas con problemas relacionados con la justicia civil, penal o administrativa. Esta área de la Psicología Clínica, ahora llamada Psicología Forense, pasó por un momento repentino de crecimiento muy evidente durante los años setenta en Estados Unidos y continúa prosperando (Melton, Huss y Tomkins, 1999). Ha hecho todos los méritos para ser una subespecialidad significativa: programas de enseñanza de postgrado, organizaciones y consejos profesionales, una división de la APA, (la división 41: Sociedad Estadounidense de Psicología y Leyes. American Psychology Law society) revistas especializadas y libros de texto. Muchas de estas entidades son claramente interdisciplinarias y abarcan los ramos tanto de la Psicología como del Derecho” (Trull, Phares, 2003, p.509)*

Por tanto, a partir de los años 70 eran llamados a testificar en juicios los psicólogos clínicos, utilizando fundamentalmente herramientas clínicas generales, tales como entrevistas clínicas y test tanto objetivos como proyectivos, con el fin de evaluar el estado mental de las personas que eran sometidas a un juicio por homicidio, rompiendo así con la hegemonía que había caracterizado en éste campo a los psiquiatras.

Es importante a nivel de definición, poder establecer de qué se trata la Psicología Clínica. De acuerdo con el Colegio Colombiano de Psicólogos en España. (2003) la psicología es una ciencia que se define por el estudio del comportamiento en todas sus manifestaciones y contextos. El comportamiento es lo que hace la gente, y supone por tanto, alguna acción, actividad o conducta. En este sentido, el comportamiento tiene una variedad de formas que incluyen la actividad mental, la respuesta psicofisiológica, la reacción emocional, el decir y el hacer propiamente de las personas.

Esta visión general de la Psicología Clínica es complementada con esta afirmación:

*“En un intento reciente por definir y describir la Psicología Clínica, Resnick (1991, p7) ha propuesto la siguiente definición y descripción de Psicología Clínica: El campo de la Psicología Clínica comprende investigación, enseñanza y servicios importantes para las aplicaciones de los principios, métodos y procedimientos para el entendimiento, la predicción y el alivio de la desadaptación, la discapacidad y la aflicción intelectual, emocional, biológica, psicológica, social y conductual aplicados a una gran variedad de poblaciones de Clientes. Según Resnick, las áreas de habilidad centrales para el campo de la psicología clínica incluyen la evaluación y el diagnóstico, la intervención o el tratamiento, la consulta, la investigación y la aplicación de principios éticos y profesionales” (citado por Trull Phares, 2003, p.509)*

En Estados Unidos, por ejemplo, se demuestra claramente que, aunque ser Psicólogo Clínico tradicionalmente se ha considerado de especial relevancia en el área forense, en los últimos tiempos no es una condición estrictamente indispensable:

*“A pesar de que inicialmente los practicantes de la Psicología Forense eran generalmente psicólogos clínicos, ahora muchos psicólogos forenses reciben entrenamiento y experiencia práctica en esta especialidad como estudiantes graduados y becas a nivel de investigación como estudiantes de posgrado en establecimientos forenses.” (Craig, 2005, p.7)*

Así, la Psicología Forense se ha abierto un espacio propio entre las diversas especialidades de la psicología general. Cuando la Psicología Forense, se despliega en campos diversos al peritaje sobre Evaluación Clínica, no es menester la experticia en Psicología Clínica. En realidad es ideal que el testigo, que se presente ante un juicio, se encuentre familiarizado con la legislación actual, y con los aspectos forenses y jurídicos que competen a su actuación. Sin embargo, no se debe testificar en un juicio sobre temas relacionados con Psicología Clínica que ameriten evaluación y tratamiento, si no se poseen bases sólidas a nivel de Psicopatología y una excelente formación clínica. En otras palabras, el perito en Evaluación Clínica debería ser un psicólogo clínico, con énfasis en el área forense. (Especialista, Doctor, o con algún tipo de formación específica legalmente aprobada)

## 2. A. 2 Marco Histórico

En el marco histórico de la Psicología Forense, vamos a situar sus inicios de acuerdo con lo revisado por varios reconocidos investigadores del campo particular que nos concierne. Una de las figuras más notables de la temprana psicología Forense, es la del psicólogo Alemán, Hugo Munsterberg (1863-1916), profesor en Harvard, EEUU y durante muchos años, uno de los iniciadores del movimiento psicotécnico, tan importante en la primera mitad del XX. Formado con Wundt, e invitado por James para dirigir el laboratorio de Harvard, estaba convencido de llevar a la psicología a la vida cotidiana, a fin de resolver innumerables cuestiones en la que la inteligencia, las emociones y los afectos estaban implicados, enfocado más en una Psicología Experimental. Una de las aportaciones básicas en este campo fue *On the witness stand* (1908) una autentica proclama divulgadora a favor de la incorporación de la psicología a la práctica habitual del foro.

*El índice de los cuadros populares (1908, p11) por él trazados recorre el conjunto de problemas que surgen allí continuamente: la memoria del testigo, la detección del crimen, las huellas de las emociones, confesiones falsas, sugeriones en el tribunal, hipnotismo, crimen, y prevención del crimen. En cada capítulo el autor hace hincapié de casos prácticos relacionados con la declaración de los testigos en el estrado, que ponen en evidencia la necesidad de emplear la psicología para llegar a resultados sólidos y fiables, dada la insuficiencia del mero sentido común para dirimir complicados conflictos” (Garrido, Massip, Herrero, 2006,.p.17).*

El siguiente desarrollo histórico, que es complementario al anterior, presenta de qué manera los orígenes de la Psicología Forense se encuentran directamente relacionados con los avances presentados a nivel de Psicología Aplicada y Experimental: El primer laboratorio del mundo fue fundado en Leipzig por Wundt donde los fenómenos sensoriales y comportamentales fueron ambos medidos y subjetivados en la manipulación experimental. Fue Weber, profesor de Anatomía Comparativa en la Universidad de Leipzig quien primero introdujo la psicofísica experimental cerca

de 1829 y descubrió la JND, 1987) la primera medida de la experiencia subjetiva. Más importante, el desarrollo los métodos experimentales los cuales podían ser usados para elucidar problemas psicológicos. Wundt fusionó el trabajo de pioneros contemporáneos de ciencias psicológicas con los métodos estadísticos de Galton y desarrollo la Psicología Experimental en su laboratorio con ambos objetivos: Teoría orientada y aplicada. Armados con las sorprendentemente refinadas técnicas de Wundt y los instrumentos, que él concibió, los estudiantes de Wundt se diseminaron alrededor de Europa demostrando las aplicaciones de la psicología en cada día de la vida, no menos importante en asuntos que afectaban la ley. Otros estudiantes vinieron del viejo y del nuevo mundo a estudiar bajo la tutela de Wundt y regresaron a realizar las últimas contribuciones de relevancia a los juristas. “Catell (1985) examinó experimentalmente la naturaleza del testimonio y reveló los efectos de diferencias individuales y situacionales, las cuales están aún una centuria después, siendo confirmadas por métodos más sofisticados” (Gudjensson, 1998).

La cuestión es que, para abordar aspectos de Psicología Forense junto con la teorización que conlleva implícita, es indudable que es necesario un acercamiento a aspectos concernientes a otros campos tales como la Psicología Jurídica o Criminal.

No es la intención de esta investigación profundizar en estas similitudes y diferencias entre estas diversas áreas de la Psicología. De manera general se podría enunciar que “el psicólogo jurídico mira más a la ley, el forense a lo que se pide en los juzgados” (Garrido, et al, 2006).

En todo caso, éste tópico, de la *responsabilidad criminal* se halla también muy próximo al del estudio de la personalidad del criminal, pues los debates científicos acerca de si un criminal nace o se hace así lo indican:

*“Una de las cuestiones centrales en este campo ha sido la comprensión de la personalidad criminal y sus bases mentales ¿Es una disposición heredada, que tiene que ver con algún tipo de degeneración Biológica? O por el contrario, ¿resulta explicable en términos de modelos sociales, de hábitos adquiridos y de procesos imitativos? La cuestión que dejara abierta Lombroso, con su idea del “criminal nato” ha estado gravitando sobre los expertos y reapareciendo una y otra vez. En la primera mitad del siglo XIX, dos grandes movimientos psicológicos establecieron sendas concepciones sobre la personalidad humana, viéndola como una estructura psicológica adquirida. Su oposición en cuanto al modo de lograrla ha sido casi completa, pero han coincidido en su condición de estructura adquirida, y de su relevancia para la vida social y moral. Uno es el conductismo y el otro el psicoanálisis” (Garrido et al, 2006, p 11)*

La diversidad de teorías explicativas del comportamiento en Psicología conlleva marcos conceptuales de comprensión muy diferentes, que se encuentran detrás de investigaciones muy relacionadas con la Psicología Forense, tales como el estudio de los diversos perfiles criminales y la investigación acerca de la motivación criminal

## **2. B. Responsabilidad criminal**

La *responsabilidad criminal* es un concepto legal que ha sido objeto de estudio por parte de la Psicología Forense.

*“Para poder ser encontrado culpable de un crimen, el acusado debe tener la capacidad para llevar a cabo una acción criminal. De lo contrario, el acusado puede no ser culpable por razón de enfermedad mental (NGRI) Sobre las dos décadas pasadas varias definiciones han sido empleadas en relación a la valoración de la enfermedad mental. Ésta generalmente requiere una incapacidad que afecta el comportamiento. La mayoría de los aspectos legales también incluyen una incapacidad cognitiva que influencia la habilidad del acusado para apreciar la naturaleza del injusto de su acción y de su incapacidad volitiva que rodea la habilidad de controlar el comportamiento” (Melton, Petrila, Poythress y Slobogin, 1997, p 231)*

Entonces podemos, de acuerdo con esta definición, darnos cuenta cómo el concepto de *responsabilidad criminal* es un concepto legal, y al mismo tiempo de una gran importancia para la Psicología Forense.

Con el fin de valorarla se requiere que se respondan estas tres preguntas puntuales:

*“1) En el momento del crimen el acusado tuvo una “enfermedad mental” o “defecto” como es definida por la ley 2) En el momento del crimen el acusado demostró impedimento en sus habilidades para entender, apreciar y controlar su comportamiento criminal 3) Finalmente, si la respuesta es SÍ a ambas preguntas anteriores, ¿hay evidencia de que el impedimento cognitivo y volitivo fue causado por el trastorno mental?” (Odonohue y Levenski, 2004,.p. 88)*

Entonces cuando se considera el tema de si realmente existe una enfermedad mental, se ingresa sin lugar a dudas al campo de la Psicología Clínica y de la Psiquiatría, al igual que el referente a las habilidades para entender, apreciar y controlar el comportamiento criminal, que es el correspondiente a la Psicología Forense. El tercer punto, es el más complejo pues se trata de determinar si el impedimento cognitivo y volitivo fue causado por el trastorno mental. Las investigaciones de los psicólogos y psiquiatras forenses en torno a la *responsabilidad criminal*, pretenden, en general, determinar esos tres puntos antes mencionados.

De acuerdo con las investigaciones encontradas, el tema de la *responsabilidad criminal* ha sido organizado en cuatro puntos principales: los factores Biológicos, Genéticos, Neurobiológicos y de Neurociencias.

## **2. B. 1. Factores Biológicos, Genéticos, Neurobiológicos y de Neurociencias**

### **2. B. 1. 1. Factores Biológicos**

Desde hace muchos años hay investigaciones sobre los factores biológicos que influyen en el comportamiento y son relevantes para la ley. Las implicaciones de éste en el comportamiento social y sus consecuencias para la psiquiatría y la psicología forense son susceptibles de discusión teórica (Dinwiddie, 1996).

El planteamiento anterior, que es confirmado en esta investigación, muestra como aún en estos tiempos, el papel que juegan los factores biológicos no está del todo aclarado, no solo en relación a los comportamientos sociales repetitivos, sino a todo lo referente a los móviles del comportamiento.

### **2. B. 1. 2. Factores Genéticos**

Para observar la relevancia de la influencia genética en la *responsabilidad criminal* es menester mostrar las diversas investigaciones que se han realizado y los diferentes presupuestos que se plantean al respecto:

*“Se sugiere que, con pocas excepciones, el comportamiento influenciado por genes no es más determinante que el que se encuentra influenciado por el ambiente. Consecuentemente, cualquier argumento concerniente a la relevancia de una excusa genética para una defensa criminal es vista como igualmente aplicable a la excusa ambiental. Se concluye por tanto que no hay ninguna justificación para la creencia de que los genes son los determinantes fundamentales del comportamiento” (Alper, 1998, p.12)*

Por tanto, el argumento es que la aproximación genética aporta poco a la comprensión de lo que significa la libre voluntad, el determinismo y la responsabilidad. El trabajo de Dresser (1999) lleva la misma línea argumentativa; para el autor no resulta sencillo que los Tribunales de Justicia

acepten una irrupción en las nociones legales a partir de la defensa genética.

### ***2. B. 1. 3. Factores Neurobiológicos y de neurociencias***

Berman y Coccaro (1998), comentan que los estudios que buscan la relación entre los neurotransmisores y los crímenes violentos deben ser revisados. Una rica literatura existe para sostener el hecho de que la monoamina (i.e. serotonina, dopamina, y norepinephrina), que son neurotransmisores, están relacionados con la agresividad del comportamiento humano. Los resultados de estos estudios proveen una posible evidencia indirecta de que las anomalías en el neurotransmisor están relacionadas con un comportamiento criminal violento.

Resulta de gran valor el darnos cuenta de que se están investigando los neurotransmisores, entre otros factores, para correlacionarlos con los crímenes violentos. Estos estudios pueden dar lugar a verificaciones de corte empírico, que de poder realizar las comprobaciones pertinentes, podrían conllevar a argumentos que en últimas servirían de soporte para replantear algunas leyes ya establecidas a este respecto.

También hay que reconocer los avances actuales de las Neurociencias y las implicaciones de ésta en la *responsabilidad criminal*. De acuerdo con Eastman y Campbell, (2006), la Biología puede ofrecer información relevante para su valoración, a partir de los estudios de Neurociencias actuales.

A pesar de esto se presentan limitaciones en torno a algunos cuestionamientos, donde los Tribunales de Justicia y la sociedad desean respuesta y frente a las cuáles se es incapaz de responder.

Un texto reciente nos advierte sobre el papel que pueden jugar las Neurociencias en el futuro. Kaplan (2006) presenta claramente esta discusión cuando nos presenta como en algunas ocasiones

los abogados intentan utilizar herramientas basadas en las investigaciones actualizadas del cerebro, con el fin de defender el comportamiento de sus clientes. Esto nos siempre resulta efectivo de manera general y específicamente en casos de adicción a drogas y alcohol, debido fundamentalmente a la repulsión cultural que causa el crimen, y que es tenida como un factor de peso.

La Psicología Forense debe tener en consideración estos avances de la Neurociencia para así poder formular teorías que estén en consonancia con los avances científicos que se presenten. Por otra parte, también ha de tomar en consideración las repercusiones de estos avances en el sistema legal y en la sociedad en general.

### ***2. B. 2 .Principales teorías subyacentes a la responsabilidad criminal.***

Actualmente las teorías psicológicas actuales son como grandes árboles que tienden a ramificarse cada día más. A pesar de esto, los estudios sobre *responsabilidad criminal* arrojan diversas discusiones desde dos teorías psicológicas, fundamentalmente: el Psicoanálisis y las teorías Cognitivas. Hay otras teorías psicológicas importantes, tales como la Humanista, y la Fenomenológica Existencial entre otras, pero en ésta investigación particularmente no se han encontrado estudios, desde las perspectivas mencionadas, en relación directa con el tema.

#### ***2. B. 2. 1. Teoría Psicoanalítica***

Desde el marco del Psicoanálisis se incluyen las investigaciones que se relacionan con la teoría, incluyendo las denominadas psicodinámicas, aunque diferentes según modelos y escuelas en cuanto a epistemología y conceptualizaciones.

Uno de los estudios encontrados, donde se evalúa la *responsabilidad criminal*, es el de Goreta (1990) el cual utilizando una metodología psicoanalítica, se dedicó a revisar temas como las funciones del ego, la culpa, la transferencia y la contratransferencia en 12 estudios de casos de hombres y mujeres en edades de 16 a 30 años, con disturbios neuróticos, de tipo psicótico y de carácter limítrofe.

Una de las más importantes y antiguas discusiones que se han presentado en el Derecho, e incluso, mucho antes del nacimiento de la Psicología Forense; es el tema de hasta qué punto nuestras acciones están siendo determinadas y/o son realizadas voluntariamente, pues el tema es de especial interés tanto para los abogados por sus implicaciones en la Teoría General del Derecho y en este caso en el Derecho Penal, como para la Psicología en general y, en este caso, para la Psicología Forense. Así mismo, la Psicología Jurídica ha contribuido a fomentar esta discusión en las relaciones que establece entre Psicología y Ley. No hay que olvidar los importantes aportes de la Medicina, la Sociología, el Derecho, y la Criminalística entre otras profesiones, que se han interesado por el estudio de las acciones voluntarias e involuntarias de los sujetos, así como de los posibles móviles subyacentes al comportamiento.

Sobre este particular presentaremos algunos textos e investigaciones de interés. El Psicoanálisis, que desde esta perspectiva descubre el “inconsciente”, pretende un rompimiento de siglos de “creencia” en un pretendido control sobre nuestras acciones, y presenta estudios de casos donde el concepto de “*voluntad*”, uno de los pilares donde se asienta el tema de la *responsabilidad* en el Derecho, encierra muchas dificultades, debido a que para esta perspectiva nosotros no tenemos un total control sobre nuestras acciones pues siempre hay un “inconsciente” que nos excede.

En la década de los 70 fue presentado un trabajo sobre *Psicoanálisis y responsabilidad criminal*

donde Gulota (1973) presenta un trabajo para jueces, abogados, criminólogos, psiquiatras y psicólogos, comprometidos en un trabajo forense cuyo fin es evaluar el comportamiento criminal. Lo que el autor muestra es como a los ojos de la ley todos los hombres tienen la capacidad para la propia determinación de sus actos. Sin embargo, esta “*libre voluntad*” ha sido un tema controversial tanto para la Psicología como para el Psicoanálisis, puesto que la propia determinación de un sujeto en cualquier conducta, se ha pensado que es incompatible con el estudio del *inconsciente*.

Gunther (2003) deja abiertas al diálogo algunas preguntas: ¿la *responsabilidad criminal* requiere de una acción voluntaria? Desde la Neurobiología ha habido planteamientos recientes de gran importancia en torno al concepto de “libre voluntad” Algunos autores (Urbaniok, et al., 2006), basándose en el determinismo neurobiológico de asumir la causalidad, afirman que el comportamiento criminal está generalmente causado por déficit neurológicos, cuestionado de esta manera el mismo concepto de “libre voluntad” y manteniendo que los seres humanos no son responsables de sus acciones y, consecuentemente, el principio de culpa debería replantearse en la ley criminal. En este contexto el controvertido debate sobre determinismo e indeterminismo, el cual se ha sostenido por siglos, se ha iluminado de nuevo especialmente dentro de la ciencia de la ley criminal.

Cuando se examina críticamente el estado actual de la investigación, puede parecer que los resultados no sostienen la existencia de una casualidad del comportamiento criminal neurobiológicamente válida. Tampoco es completa la determinación de todos los fenómenos de la casualidad porque no se encuentra empíricamente confirmado. Si lo analizamos desde el punto de vista metodológico, podemos apreciar que no puede ser falsificado y, además, como teoría que no puede ser empíricamente probada, representa un dogma sin objeciones posibles. El criticismo del

concepto de libre voluntad y, aún más, de la responsabilidad humana y de la *responsabilidad criminal*, no es propuesto de una manera válida.

Se observa cómo, desde la Neurobiología, con argumentos diferentes, que también son cuestionados los principios de “libre voluntad”, aunque sigue el debate en torno a este punto central. En todo caso, estas críticas al concepto de “*libre voluntad*” no sólo provienen del Psicoanálisis o de la Neurobiología, sino también de la Psiquiatría. Miller (1979) comenta que las afirmaciones de la Psiquiatría han estado en conflicto con las de la Ley desde que la Psiquiatría asume un determinismo psíquico, y la Ley asume la libertad de la voluntad.

### **2. B.2.2. Teoría cognitiva**

Los estudiosos de las teorías cognitivas, partiendo de marcos teóricos diferentes tienen sus propias anotaciones a este respecto. Michel, (1995) considera que la ley criminal asume, desde una postura clásica, que las personas tienen la habilidad de regular su comportamiento, así como de cumplir las reglas establecidas. Sin embargo los Tribunales de Justicia están revisando estos temas psicológicos cuidadosamente. Recientes investigaciones sugieren que los rasgos individuales influyen la capacidad de auto-control del ser humano, y varían de una forma a otra, de acuerdo con la persona de quien se trate. Es importante analizar el impacto de esta información en torno a lo correspondiente a la determinación de la *responsabilidad criminal* desde una perspectiva jurídica.

A modo de conclusión, se establecen diferencias importantes a nivel de posturas teóricas sobre los móviles o factores que influyen en el comportamiento humano, tan diversas como la de Freud (1933), May (1990) y Yannis (1991) quien muestra la visión Lacaniana; así como las anotaciones presentadas en relación a como es influenciado el auto-control de acuerdo con Michel, (1995).

Estas son sólo cuatro, de las múltiples teorizaciones que actualmente existen en Psicología, y que no podrían ser mencionadas todas debido a la gran proliferación de éstas y a la limitación de no poder conocerlas todas.

## **2. C. Psicopatología y *Responsabilidad criminal*.**

### **2. C. 1. *Trastorno mental***

Un factor importante cuando se trata de conocer acerca de la imputabilidad o inimputabilidad de un acusado, y de poder determinar si la persona *no es culpable por razón de enfermedad mental*, es el hecho de poder determinar si la persona al momento de la comisión del crimen, se encontraba presentando alguna sintomatología propia de un Trastorno Mental sea transitorio o permanente. Si se puede demostrar un Diagnóstico de esta índole, la persona puede llegar a declararse inimputable por la acción cometida, es decir que no es responsable del crimen, por razón de enfermedad mental o trastorno. Un estudio acerca de los trastornos mentales se realizó en China. Wang (2007) concluyó que la *responsabilidad criminal* de los trastornos mentales está correlacionada con el tipo y la severidad de los trastornos. Los factores tales como la severidad de los trastornos y la motivación criminal, son importantes contribuciones en lo referente a su valoración.

### **2. C. 2. *Trastorno de personalidad***

En torno al tema de la *responsabilidad criminal*, ¿hasta qué punto una persona que tiene un Trastorno de Personalidad es imputable de un crimen? ¿Tiene esto relevancia en el sistema penal? En el libro de Psicología Criminal de Roca (2006) se explicitan claramente los diversos trastornos

mentales y de personalidad, y sus diversas implicaciones jurídicas, teniendo en cuenta el sistema legal español.

Dado que no se han encontrado en esta investigación, estudios de psicólogos forenses colombianos que sean exactos en estas categorizaciones y sus diversas implicaciones jurídicas, el libro citado anteriormente, es una referencia interesante y de utilidad para los investigadores en ésta área.

Entre los Trastornos de Personalidad que puedan tener implicaciones jurídicas, en lo concerniente a lograr algún tipo de modificación de la pena, se destaca el de tipo Antisocial.

*“Este trastorno es el que mayor relevancia tiene a nivel jurídico, ya que si bien tradicionalmente no se les ha aplicado ningún tipo de atenuación de la pena, es evidente que tiene la capacidad para afectar a las facultades psíquicas de los sujetos.”(Soria y Roca, 2006, p.83)*

En todo caso, el tema de los trastornos de personalidad conlleva a una de las discusiones más actuales e interesantes de la Psicología y de la Psiquiatría Forense, en relación a sus posibles repercusiones a nivel de Derecho Penal y viceversa.

Seguramente el avance de las ciencias, y el mayor conocimiento que se pueda tener a futuro acerca de éstos, provocaran su influencia de forma determinante sobre los postulados legales que existen en el mundo actualmente.

La pregunta central en relación al tema la presenta (Tyrer, 2.007) cuando plantea la pregunta acerca de si los individuos con trastornos de personalidad deberían ser tratados con justicia criminal o permanecer recluidos en servicios de salud mental?

Sobre las diversas discusiones sobre el tema, aún no hay un consenso general. Se observa cómo,

aún en el 2.007, la pregunta permanece abierta.

### **2. C. 3. Psicopatía**

El terreno de la Psicopatía y su estudio, acerca de cómo ésta puede o no influir en la *responsabilidad criminal*, ha sido investigado principalmente por psicólogos y psiquiatras.

*“En Francia, se supo de un caso hace mas de 200 años de un individuo que llega a la consulta del famoso Dr. Pinel. Se trataba de un paciente particular, con una sintomatología específica que no se ajustaba a las categorías Diagnósticas conocidas hasta el momento. El paciente se caracterizaba fundamentalmente, por estas variables psicológicas: falta de remordimiento, e incapacidad de arrepentimiento. El Dr. Pinel, con fines Diagnósticos, utilizó un término en francés denominado manie sans delire. Posteriormente, este término fue traducido al idioma inglés originalmente como madness without confussion que significa locura sin confusión”.*  
(Turvey, 2005, p.25).

La traducción literal de *manie sans delire* (manía sin delirio) se hace referencia a un estado propio de una estructura psicótica, pero que ocurre sin la presencia de contenidos delirantes, propios de esta enfermedad mental. Al momento se conoce que otra diferenciación importante es la falta de alucinaciones visuales y auditivas, que también son propias de las psicosis en general.

Para la psiquiatría Alemana, el estudio de la psicopatía designa a una persona psicológicamente dañada, (Blackburn, .2005). Derivado de esta definición, la psicopatía puede reconocerse como un tipo de entidad psicopatológica que afecta todos los campos del ser humano, incluyendo aquellos que competen a las dimensiones psicológicas básicas. Hay una definición ilustrativa de Cleckey (1976); Cooke, Forth y Hare, (1998); Millon. Simonsen, Birket- Smith y Davis, (1998) (citado por Cooke, D, Hart, S, y Michie Christine, 2004) donde se conceptúa la psicopatía como una forma

específica de trastorno de personalidad que incluye un extenso abanico de síntomas a nivel interpersonal, afectivo y comportamental.

Los trabajos de investigación actuales acerca de la Psicopatía, incluyendo los realizados por Robert Hare, tienen un precedente importante en Cleckey (1976) cuando éste explica las características del psicópata con su primera tabla de clasificación sintomática que describe este particular grupo poblacional (citado por Hollin, 2006).

Una definición relativamente reciente de Hare (2003), plantea que la psicopatía es un trastorno caracterizado por una constelación de rasgos incluyendo los interpersonales, (manipulación, falta de afecto y emoción) antisociales (impulsividad y agresión), (citado por Gao, et al. 2010)

Según Fine y Kennet (2004) la psicopatía agrava en vez de mitigar la *responsabilidad criminal*. De acuerdo con su investigación, los psicópatas son insensibles, manipuladores, embaucadores, indiferentes a los deseos de los demás y faltos de empatía y remordimiento. Los estudios sobre psicopatía son motivo de discusiones actuales entre los psicólogos y psiquiatras pues a pesar de no presentar delirios o estructuras psicóticas, hay una falla en el entendimiento moral que suscita cuestionamientos acerca de *su responsabilidad criminal*.

En realidad, un debate importante para la Psicología Clínica y para la Psiquiatría consiste en poder determinar realmente si la Psicopatía se encuentra en el orden la Neurosis o de la Psicosis. Los estudios actúales apuntan a reconocer en él un tipo particular de enfermedad mental, donde cada vez se encuentra mayor información acerca de la particular disposición cerebral de estos sujetos.

El estudio de. Harenski, Kim y Hamann, (2009) sugiere una respuesta emocional reducida a los estímulos morales en individuos con altos niveles de rasgos psicopáticos.

*Un estudio funcional con imágenes de resonancia magnética mostró como los individuos con mayores grados de psicopatía presentaron una actividad reducida en la*

*amígdala durante el proceso emocional de toma de decisiones, y como los individuos particularmente estafadores y manipuladores mostraron una actividad reducida en el circuito neural –moral del cerebro. Estos resultados proveen una evidencia inicial de cómo los psicópatas, exhiben déficits en regiones esenciales del cerebro relacionadas con el juicio moral en individuos normales. (Glenn, Raine y Shug, 2009, p.9).*

Esta actividad reducida en el circuito moral del cerebro, confirmarían, lo que en el lenguaje cotidiano se denomina “falta de escrúpulos”, y explicaría por qué un psicópata considera como normal, o incluso placentero algo que una persona con una disposición cerebral diferente consideraría reprochable moralmente, o impensable.

También, a nivel neurológico se ha planteado que una disfunción en la amígdala en el cerebro está relacionada con la falta de emoción en la psicopatía. Blair (2005, citado por Mairead, 2008) y con anomalías en el funcionamiento del hipocampo en poblaciones psicopáticas (Raine, et al, 2004).

La falta de actividad cerebral en los circuitos neurales morales del cerebro, se suma al hecho de que se presenten anomalías en el funcionamiento regular del hipocampo, así como de la atrofia amigdalina, por lo que no sólo se afecta lo relacionado con la “conciencia moral” del sujeto sino todo lo correspondiente a las emociones humanas, resulta con inconvenientes en su funcionamiento normal, desde el punto de vista de las neurociencias.

En relación al impacto que puede tener la psicopatía en los Tribunales de Justicia de Occidente, se encontró un artículo científico sumamente interesante, porque muestra el viraje que está ocurriendo en torno a la concepción de la *responsabilidad criminal* actualmente con estas personas, y está escrito por dos autoridades importantes en la materia.

*En los últimos años ha habido un cambio dramático en el rol actual percibido y jugado por la psicopatía en el Sistema de Justicia Criminal. Una visión que se sostuvo hasta hace poco tiempo, consistía en que el Diagnóstico Clínico tal como la Psicopatía era de poco valor con el fin de entender y comprender el comportamiento criminal. Más recientemente, la importancia de la psicopatía, particularmente cuando es medida por el PCL- R y sus derivados ha sido ampliamente reconocida tanto por los Clínicos- Forenses, como por los Tribunales de Justicia. Esto no es sorprendente debido a que muchas de las características importantes que pretenden inhibir el comportamiento antisocial y violento (empatía, encerramiento emocional, miedo al castigo, culpa) están faltando o presentan serias deficiencias en las personas con este trastorno. Además, el sentido de egocentrismo y de grandiosidad, el sentirse con derechos sobre los demás, la impulsividad, la falta de inhibiciones comportamentales y la necesidad del poder y del control; constituyen lo que podría ser descrito como una prescripción para la comisión de los actos criminales y antisociales. (Hare, y Newman, 2009, p.54)*

Los planteamientos acerca de la psicopatía con instrumentos validos y confiables como el PCL- R (Test revisado de Psicopatía) de Robert Hare, conllevan a replanteamientos en torno a la *responsabilidad criminal* de las personas que presentan estas singulares características.

El avance de las técnicas de neuro-imagen, así como los estudios funcionales con resonancia magnética cada día le brindan a los peritos más herramientas para poder demostrar y avalar como las reacciones de muchas personas que realizan actos criminales, pueden estar íntimamente relacionadas con deficiencias e irregularidades en su cerebro.

Esta realidad, que anteriormente no tenía mayores repercusiones en la *responsabilidad criminal*, cada día es más tenida en consideración como material probatorio en los Tribunales de Justicia, puesto que los test estandarizados, validos y confiables, sumados a los avances tecnológicos, están mostrándole a la sociedad en general y a los jueces grandes avances en torno al conocimiento psicopatológico que actualmente se posee.

#### **2. C. 4. Retraso mental**

Cuando un sujeto que ha cometido un homicidio o infringido la ley, si se quiere determinar si éste es responsable del crimen que se le imputa, es necesario saber cómo estaban sus facultades mentales, y entre éstas, si presentaba o no un retraso mental.

En los años 80 se presentaron dos artículos de investigación acerca del tema que consideraremos aquí: la crítica que realizó Meninger (1986) está relacionada entonces con el hecho del trato diferente que reciben las personas con retraso. En todo, caso el tema no deja de ser polémico, puesto que ¿hasta qué punto una persona con retraso mental tiene la capacidad cognitiva para declararse *responsable criminalmente*? Sería el punto álgido a resolver. Menninger (1983) se encuentra en contra del confinamiento permanente en hospitales para las personas con retraso mental, pues de acuerdo con su juicio, las personas a la que se las ha diagnosticado un retraso mental, tienen las mismas oportunidades y derechos que aquellas personas consideradas “normales” en cuanto a su coeficiente intelectual.

#### **2. D. Evaluación Forense.**

##### **2. D. 1. Evaluación Forense en relación a la responsabilidad criminal.**

El estudio del contenido de la *responsabilidad criminal* es extenso, pues a través de éste confluyen diversas y variadas líneas de investigación, desde aquellas teóricas, vinculadas al campo jurídico donde se revisan las diferencias en torno a este tema con las conceptualizaciones del Derecho, así como líneas propiamente forenses, donde todo gira en torno a la Evaluación realizada por el perito, es decir lo que se conoce como Evaluación forense, desde nuestro contexto.

El trabajo de investigación aporta un aspecto determinante para la Evaluación Forense, que es el protocolo R-CRAS. El modelo R-CRAS que pretende evaluar la *responsabilidad criminal*, es un modelo complementario de apoyo, a la investigación tradicional que se realiza en Psicología y Psiquiatría Clínica, donde las preguntas giran en torno a clarificar tópicos de interés específicamente forenses.

“El psicólogo tiene a su disposición una serie de instrumentos, los test psicológicos, y unos conocimientos específicos sobre evaluación que le capacitan para objetivar el estado mental de los individuos con gran precisión” (Rodríguez y Ávila, 1999)

La siguiente cita nos brinda aportes relevantes sobre la investigación particular que se presenta:

*“La evaluación del trastorno mental y de otros tipos de trastornos donde la responsabilidad criminal entra en juego, constituyen para los psicólogos uno de los mayores retos en la evaluación forense. Al tener que contemplar las distintas variables de causalidad, cronología (pueden pasar años desde la comisión del delito hasta la puesta en escena del juicio), psicopatología, cognición y analizarlas con coherencia psicopatológica- jurídica, es así como este trabajo se convierte en un verdadero desafío ante el estrado. Para la Psicología el tema tiene gran interés, dado que, generalmente es el psiquiatra o el psicólogo como experto, el que debe determinar en qué medida una persona es o no, responsable de sus actos, y por tanto merecedora de un veredicto de culpabilidad o responsabilidad penal. Este tema no tendría mayor importancia si no fuese porque se encuentra implícito en el toda la problemática conceptual existente acerca del tratamiento de las denominadas “enfermedades mentales” El término de “responsabilidad” no se da en un vacío, por lo general tiene un referente empírico y concreto, y casi siempre, el referente es, o bien la persona que ha cometido el acto punible, o el juez, o el jurado que ha de juzgar la responsabilidad de la persona que ha cometido dicho acto. La ley penal describe los comportamientos que desea prevenir y les señala penas que varían según su gravedad y peligrosidad. Tales comportamientos constituyen los hechos prohibidos penalmente.” (Jiménez y Sánchez, 2003, p.160)*

Hay otros temas referentes a la Evaluación Forense de la *responsabilidad criminal*, que son

discutidos en este libro tales como la “intencionalidad” y sus implicaciones psicológicas entre otros aspectos de interés. El texto prosigue presentando cual es el principal objetivo de la Evaluación Psicológica Forense, desde cómo se concibe en este contexto:

*“El objetivo esencial de la evaluación psicológica en los diversos procesos judiciales es poder realizar un estudio específico de las diversas dimensiones psicológicas positivas (capacidades intelectuales, habilidades personales, dimensiones más saludables) y de las negativas o de las más débiles (déficit, áreas problemáticas, rasgos o dimensiones psicopatológicas) de la persona en orden a prestar ayuda en la decisión que tome el juez o un jurado. Los psicólogos se acercan a este objetivo utilizando distintos métodos de evaluación, diversas teorías y procedimientos dispares. Un método o teoría conlleva implícitamente a los otros, es decir, dependiendo de la teoría subyacente se van a implementar diversas formas, áreas y métodos de evaluación.*

*Las técnicas de evaluación pueden ser administradas para analizar diferentes tipos y áreas de comportamiento en los diferentes tipos de jurisdicción. Desde las capacidades intelectuales, estados neurológicos y personalidad, hasta el análisis de competencia para testificar o presentar una mala imagen de sí mismo con el simple objetivo de obtener algún tipo de beneficio. El informe presentado por el psicólogo según Weiner (1995), se elabora en dos momentos diferentes. En una primera parte el psicólogo obtiene una información a través de la técnica de la que es especialista y de ahí obtiene unos datos y, posiblemente diversas hipótesis. En un segundo momento, debe analizar, conjuntar y relacionar esta información, obtenida exclusivamente de las técnicas, con otro tipo de información obtenida por otros caminos distintos a las técnicas (informes de diversos especialistas, entrevistas a otras personas, etc.)” (Jiménez y Sánchez, 200, p.15).*

Teniendo en cuenta lo anterior, las Técnicas de Evaluación Forenses poseen diversos usos, entre los que se encuentran estudios sobre las capacidades intelectuales, neurológicas y de personalidad. Estas diversas técnicas de evaluación contribuyen a una comprensión de la *responsabilidad criminal* de los sujetos, aunque no estuvieran diseñadas específicamente para este fin la gran mayoría de ellas.

## **2. D. 2. Psiquiatras y psicólogos como testigos expertos.**

Debido a que lo que se pretende con la investigación es una evaluación de la *responsabilidad criminal*, en últimas no solo nos interesa el papel que juegan las distintas variables que son intrínsecas a su contenido tales como “fiabilidad, organicidad, psicopatología, control cognitivo y control de la conducta” de acuerdo al R-CRAS de Rogers (1984) sino también el papel que juegan los peritos forenses al realizar este tipo de evaluaciones.

Una alusión de hace alrededor de 50 años muestra la importancia del papel de los psicólogos y como éstos son llamados a declarar en los juicios, desde la década de los sesenta. De acuerdo con Berry (1966), los psicólogos son llamados cada vez más para actuar como testigos expertos en los Tribunales de Justicia con el fin de que éstos testifiquen acerca de los factores psicológicos que han influenciado el comportamiento de personas, que han sido acusadas por haber actuado en contra de la ley.

Tanto el papel de los psicólogos como el de los psiquiatras en su función de testigos expertos, no han estado exento de críticas:

*“Se discute el papel del psiquiatra como experto testigo al momento de determinar la responsabilidad criminal. Los críticos del papel del Psiquiatra como testigo experto incluyen las afirmación de que los expertos psiquiatras son 1) No- científicos 2) Payasos en los tribunales 3) Incapaces de presentar sus visiones en el ambiente hostil de los tribunales y 4)) Constituyen un desacredito a la profesión por estar en desacuerdo entre ellos.” (Ciccone, 1986)*

Estas críticas a la psiquiatría pueden ser resultado de la incongruencia que reina entre los discursos de las diversas disciplinas, y la dificultad que estriba en lograr acuerdos entre éstas. De acuerdo con

(Leifer, 1964) Los problemas de reconciliar las capacidades de la psiquiatría y los psiquiatras con las demandas del sistema legal son discutidas.

A pesar de esto, el sistema legal requiere de éstos psicólogos y psiquiatras expertos con el fin de orientarse para poder tomar decisiones en relación a la *responsabilidad criminal* que sean adecuadas, cuando de un trastorno mental se trata. En todo caso, tanto la Psicología como la Psiquiatría han tenido que luchar contra muchos prejuicios en torno a su participación en los Tribunales de Justicia. De acuerdo con Archibald (1960) bajo los procedimientos presentes, la psiquiatría es confrontada con dificultades cuando es llamada para testificar como testigos expertos en casos criminales.

No obstante, aunque las críticas negativas fueron bastante notorias en la década de los 60, también se citan casos e investigaciones donde el testimonio experto resultó de gran utilidad para evaluar la *responsabilidad criminal*, por ejemplo ésta que presenta Ratner (1985) acerca de un caso inusual de abandono de una madre soltera donde el abogado confió fuertemente en la Evaluación Psiquiátrica en su presentación de la declaración, y éste resultado de gran influencia en el veredicto de los tribunales.

## **2. E. Procesos mentales**

Tomaremos como referencia principal el texto de Psicología Médico-Forense (Buron, 2003) donde el autor profundiza en estos aspectos aunque es notoria la influencia del Psicoanálisis, y Teorías Dinámicas en algunos aspectos y de la Psicología Cognitiva en otros, tales como los esquemas (al referirse a la memoria) y el autocontrol (al referirse a la concepción psicológica de la voluntad) que se explicara más adelante.

### **2. E. 1. Conciencia**

Según Buron (2003) la conciencia está íntimamente relacionada con la atención y la memoria de manera que en ciertas ocasiones se corre el peligro de identificar unas con otras. De manera operativa se define la conciencia como el estado a partir del cual un sujeto puede verbalizar sus pensamientos. Es el resultado de la activación de los esquemas mentales, así, cuando un sujeto es consciente, es consciente de un contenido.

De acuerdo con lo presentado, cuando se intenta una definición de algo tan complejo como la conciencia, no hay un marco de referencia puntual a nivel de escuelas psicológicas, pues por ejemplo “esquemas mentales” es un término claramente proveniente de escuelas cognitivas de psicología, es notorio como hay un intento de integración de aspectos tales como percepción, atención y almacenamiento que son de índole psicológica, así como de la activación de la formación reticular que es un punto claramente de dominio de las Neurociencias.

### **2. E. 2. Atención**

Procederemos ahora a los planteamientos sobre la atención, que como hemos visto en un primer momento, se encuentra íntimamente relacionada con los otros procesos cognitivos.

*“La atención está íntimamente relacionada con la conciencia (somos conscientes de aquello que atendemos, podemos dirigir la atención voluntariamente; sin embargo no todo lo atendido llega a ser consciente, es la denominada atención implícita) y la memoria (para ser conscientes de algo, de alguna manera tiene que ponerse en contacto con los conocimientos almacenados en la memoria en forma de esquemas mentales). Veamos cuales son los factores más importantes que determinan la atención y las psicopatologías más relevantes de la misma. De manera general podemos decir que el sujeto será siempre imputable de sus actos a menos que en el momento de cometerse el delito se hallara en un estado tal que le impidiera comprender la ilicitud de su actuación (y actuar conforme a dicha comprensión). En el caso*

*concreto de que existieran las alteraciones de la atención, se afectaría sobre todo la capacidad cognitiva de la persona y no tanto la volitiva.” (Buron, 2003. p.140)*

Los factores más relevantes de la atención, son todas aquellas variables o situaciones que influyen directamente sobre el funcionamiento de los mecanismos atencionales. “Tradicionalmente se han distinguido los factores determinantes externos/exógenos o extrínsecos y los factores determinantes internos / endógenos o intrínsecos, según procedan del exterior o del interior del individuo respectivamente (García y Sevilla, 1997).

### **2. E. 3. Percepción.**

Las alteraciones perceptivas pueden tener alguna repercusión en la *responsabilidad criminal*, el concepto se amplía de la siguiente manera.

*“Según sea la etiología de estas alteraciones perceptivas, será diferente la valoración de la imputabilidad del sujeto que padezca dichas alteraciones. De manera general, si se tratan de alteraciones perceptivas originadas por déficit sensoriales desde etapas muy tempranas, puede ser valorable una exención de la responsabilidad criminal en relación al número 3 del artículo 20 del código penal (estos déficit sensoriales no los estudiaremos en este apartado por considerar que entran dentro del ámbito médico y no estrictamente psicológico). Si por el contrario las alteraciones perceptivas se deben a una psicopatología subyacente (esquizofrenia generalmente), la eximente potencialmente apreciable sería la número 1 del artículo 20. Por último, y de manera general, si las alteraciones perceptivas son consecuencia del consumo de ciertas sustancias tóxicas, es el número 2 del artículo 20 el que trata estas circunstancias.” (Buron, 2003, p.133- 173)*

Hay que tener en cuenta que en este punto de la percepción, el autor se refiere al código penal español específicamente, así que los investigadores a este respecto tendrían que considerar las particularidades de las respectivas leyes de cada país, y los diversos aspectos legales que cobijan las dificultades perceptivas.

También es de importancia el analizar las principales alteraciones perceptivas, en general lo que corresponde a la psicopatología de la percepción como distorsiones senso perceptivas, y errores y observaciones en la fidelidad senso perceptiva. Estos puntos, al igual que los otros los amplía el autor.

#### **2. E. 4. Memoria**

Como hemos venido diciendo, la memoria no puede considerarse como una función aislada, sino que está estrechamente relacionada con otras como la atención y la consciencia. Como consecuencia de esta interrelación entre funciones las alteraciones de la memoria pueden deberse a multitud de causas al ser solo una parte del sistema cognitivo global. Estas alteraciones no suelen presentarse como el único problema que un paciente presenta. Normalmente aparecen de manera conjunta alteraciones en la atención, en la consciencia o intelectuales. También en este punto, el investigador interesado en profundizar en el tema, tendría que adentrarse en todo lo concerniente a la psicopatología de la memoria, como por ejemplo estudiar acerca de la influencia de la Amnesia, la Agnosia, la Amnesia Global Transitoria, la Amnesia Post-Traumática Síndrome Amnésico, Amnesias Funcionales, etc.

#### **2. E. 5. Pensamiento**

*“Las alteraciones del pensamiento son, sin duda alguna, una de las más relevantes a nivel penal, a la hora de valorar la imputabilidad penal de un sujeto. El trastorno del pensamiento por excelencia es el delirio. Como veremos en el capítulo siguiente, este tipo de estados (delirios) se acompañan de severas alteraciones en la consciencia especialmente. La capacidad cognitiva se ve alterada de tal forma que el sujeto es incapaz de valorar con exactitud su conducta (delictiva o no), su juicio crítico se encuentra severamente alterado y el sujeto no puede determinar la licitud o ilicitud de su pauta comportamental. La grave*

*alteración de la capacidad cognitiva es uno de los motivos por los que la justicia tiende a considerar a los sujetos bajo estados delirantes como inimputables de sus acciones delictivas.”*  
(Burton, 2003. p.161)

Esto lo confirma esta cita cuando se definen las ideas delirantes “son ideas erróneas que se generan a causa de una patología, estando convencido el sujeto que las padece de su veracidad. Son resistentes a la modificación por la experiencia y tienden a permanecer inalterables. Por tanto una persona que cometa un delito bajo la influencia de este tipo de ideas tiende a ser considerado inimputable” (Soria y Saiz, 2006).

Como es evidente, es un trastorno del pensamiento, pero entre éstos se encuentran diversos tipos, dada su relevancia, en término de sus implicaciones jurídicas para evaluar la inimputabilidad se procederán a mencionar algunos trastornos del contenido del pensamiento y algunos de los principales tipos de delirio. A pesar de esto la temática es muy amplia y no la abordaremos en su totalidad.

### ***2. E. 6. Trastornos del contenido del pensamiento***

De acuerdo con Fornero y Rocañin, (1997) cuando alguien se aleja de las ideas propias del lugar, momento y situación- sin que sea posible convencerle de su error- se dice que esa persona delira. El lenguaje suele ser correcto no así el contenido de lo que dice.

Por tanto se encuentran tanto ideas anómalas no delirantes que corresponden a erróneas, sobrevaloradas y obsesivas, así como también encontramos las ideas delirantes.

## ***1) Ideas no delirantes***

### ***1).1. Idea errónea***

Cuando una idea es errónea se puede corregir o modificar a partir de la experiencia externa (no como en el caso de los delirios que son inmodificables). Estas ideas pueden surgir por falta de recursos intelectuales, falta de información y por variaciones en el estado de ánimo. No tiene carácter patológico y tampoco son especialmente relevantes a nivel penal (a no ser que vengan asociadas a una deficiencia mental en cuyo caso la imputabilidad penal suele verse modificada como veremos en el siguiente capítulo).

### ***1).2. Idea Sobrevalorada***

Se trata de una creencia sobredimensionada acerca de algo generalmente muy relevante a nivel emocional. Tiene una menor firmeza que el delirio pero puede ser duradera y plantear problemas de diagnóstico diferencial cuando concurre una patología con sintomatología delirante. En situaciones intensamente emocionales el sujeto puede sobredimensionar erróneamente la fuente de su nerviosismo o angustia y reaccionar desproporcionadamente.

Ya hemos dicho en numerosas ocasiones que la atención, consciencia, percepción y ahora pensamiento, se ven afectados por el estado emocional en que se encuentra el sujeto. La capacidad cognitiva puede verse afectada pero sobre todo la volitiva.

### ***1).3. Idea Obsesiva***

Es una idea persistente, irracional y absurda claramente egodistónica para el sujeto. Trata de luchar contra ella. Aparece en el trastorno obsesivo de la personalidad y el trastorno obsesivo-compulsivo que se verá en el próximo capítulo. En relación a la valoración de la imputabilidad, la manera en que la capacidad volitiva se ve afectada es más determinante que las posibles alteraciones cognitivas.

### ***2). Ideas delirantes***

Según Jaspers (1899), el juicio delirante debe ser falso, presentar una total certeza subjetiva que no sea influenciado por la experiencia (convicción), y ser persistente, intenso y de contenido imposible. Son las ideas erróneas engendradas patológicamente y en las que el sujeto tiene total certeza sobre su veracidad. Son difícilmente modificables a partir de la experiencia y tienden a permanecer inalterables. La idea delirante primaria invade toda la personalidad del sujeto constituyéndose el eje central que subyace a toda la actividad física y psíquica del sujeto. La aparición de la idea delirante primaria supone una ruptura histórico-biográfica entre el pasado del paciente y su nueva situación.

Esta ruptura comienza con la aparición de lo que se denomina temple delirante y que corresponde a un estado afectivo ambiguo, durante el cual el paciente presenta un estado de inquietud y angustia. El sujeto interpreta que el ambiente se ha vuelto amenazante. Es a partir de este momento cuando el delirio cristaliza, surge un tema a partir del cual van a ensamblarse el resto de las ideas delirantes. Suele mejorar el estado de ansiedad presente en el temple delirante porque el sujeto tiene ya una explicación de lo que está pasando. Una persona que delinea bajo un estado delirante tiende a ser

apreciada como inimputable ya que su juicio de la realidad está profundamente alterado y como consecuencia no se le considera responsable de sus actos.

## **2). 1. Tipos de delirio:**

### **2).1.1. Delirio de Persecución**

Es el tipo más frecuente de delirio. El sujeto se siente perseguido y amenazado por personas o entidades públicas, con el fin de hacerle daño a él o a toda su familia. Otra forma de persecución es la psíquica en la que el daño sería moral, por difamación o desprestigio. Presente en trastornos delirantes y de personalidad paranoide especialmente (Serrallonga, 1998).

### **2).1.2. Delirio de control**

El sujeto siente que su mente y sus pensamientos están siendo controlados por una fuerza distinta a sí mismo y que escapa a su control. Se siente invadido y desbordado. Todas estas formas pueden aparecer de manera aislada o asociadas entre si y muy frecuentemente a la sensación. De disfunción del pensamiento, en la que el paciente afirma que sus pensamientos son sonoros o se difunde de manera que todos pueden enterarse de lo que está pensando.

### **2).1.3. Delirio místico**

El paciente se siente un personaje especialmente elegido para misiones de índole religiosa tales como la salvación del mundo o de la necesidad de sufrimiento en aras de otras personas, asumiendo las responsabilidades y poderes que dicho personaje posee. la patología en la que es más frecuente es en la esquizofrenia.” (Buron, 2003).

Tenemos también entre otros el Delirio de celos, el erotomaníaco, el Delirio de culpa, el Delirio de ruina, el Delirio hipocondríaco, el Delirio megalomaníaco y otros.

Además de esto, en los trastornos del pensamiento se encuentran las ideas anómalas no-delirantes, tales como la idea errónea, la idea sobrevalorada, la idea obsesiva entre otras. Pero estas no tienen tanta relevancia a nivel jurídico, como las ideas delirantes.

Se sugiere en todo caso, para la revisión de los Trastornos mentales en general, tomar en consideración a la hora de considerar un Diagnóstico clínico, las clasificaciones más recientes del DSM IV, (Manual de Clasificación Diagnóstica de los Trastornos Mentales) dado que estas son las más aceptadas actualmente y son las más fácilmente aceptadas en un juicio.

He aquí un ejemplo de la utilización del DSM IV en relación a actividades delictivas:

*“Si tomamos en cuenta el DSM IV, nos encontramos que muchísimos de los trastornos que se encuentran clasificados ahí, pueden desencadenar actitudes delictivas, lógicamente en porcentajes pequeños y no en todas las circunstancias, pero es cierto que un porcentaje de trastornos psicóticos o esquizofrénicos pueden acabar viéndose envueltos en asuntos delictivos. Los trastornos relacionados con sustancias también generan actividad delictiva. Por supuesto, lo mismo sirve para gran parte o algún porcentaje de aquellos trastornos sexuales de identidad sexual” (Romero, citado por Urra, 2002, p.314)*

## **2. E. 7. Lenguaje**

“Las alteraciones en el lenguaje están íntimamente relacionadas con las del pensamiento, de manera que el lenguaje se convierte en un reflejo de este. Si el pensamiento está alterado, el lenguaje (como vía de exteriorización de dicho pensamiento) también lo estará. (Serralonga, 1998)” (Buron, 2003).

Se presentan entonces entre los trastornos del lenguaje, los morfológicos, como trastornos del ritmo, tono e intensidad.

Tenemos de manera general, sólo por mencionarlos, la disartria, la modulación del tono, el retardo del lenguaje, el discurso prolijo, la logorrea, el lenguaje enfático, las asonancias, la ecolalia, la tartamudez y otros.

Como se explica muy bien en esta cita “Las alteraciones en el lenguaje están íntimamente relacionadas con las del pensamiento, de manera que el lenguaje se convierte en un reflejo de este. Si el pensamiento esta alterado, el lenguaje (como vía de exteriorización de dicho pensamiento) también lo estará (Serralonga, 1998)” (Buron, 2003)

En todo caso, esta diferenciación anterior, resulta de vital importancia para esclarecer el plano cognitivo de la imputabilidad o inimputabilidad de un acusado, de acuerdo al caso que se presente.

## **2. F. El sistema carcelario Colombiano.**

En Colombia, el organismo institucional que regula todas las cárceles en lo referente a su funcionamiento general es el INPEC.

El término INPEC, cuyas siglas significan Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario, tiene como misión Administrar el Sistema Penitenciario y Carcelario, garantizando el cumplimiento de la pena privativa de la libertad, la detención precautelaría, la seguridad, la atención social y el tratamiento penitenciario de la población reclusa, en el marco de los Derechos Humanos.

Actualmente se encuentra dividido el INPEC de acuerdo con las diversas regiones de nuestro país por lo que a nivel estadístico la información pertinente, actualizada hasta el mes de Noviembre del

2009 teniendo en cuenta los casos de homicidio es un total de 5143 hombres sindicados, y 16799 condenados, y 191 mujeres sindicadas y 427 condenadas.

Hay un total de 2 hombres sindicados por homicidio culposo, y 18 condenados. No hay mujeres. En cuanto al homicidio preterintencional hay 24 sindicados y 62 condenados hombres. Solo se encuentran 5 mujeres en total por este delito.

En el caso de homicidio por piedad no se registran estadísticas de ningún tipo ni de hombres ni de mujeres.

En cuanto a la ayuda o inducción al suicidio, se encuentra un hombre sindicado y 6 condenados

La información de los homicidios dividida por sectores de acuerdo al INPEC en:

**Tabla 1. Información de homicidios, dividida por sectores, en la costa atlántica.**

REGIONALES	HOMBRES		MUJERES	
	SINDICADOS	CONDENADOS	SINDICADOS	CONDENADOS
R. Central	1.504	5.304	77	172
R. Nor. Oeste	683	1.887	21	62
R. Norte	1.064	1.832	23	70
R. Occidente	802	3.010	20	49
R. Oriente	504	1.965	36	38
R. Viejo Caldas	586	2.801	14	36
<b>TOTALES</b>	<b>5.143</b>	<b>16.799</b>	<b>191</b>	<b>427</b>

\*Fuente: INPEC, 2007

Los temas más importantes que actualmente están relacionados con los sistemas carcelarios, a nivel mundial, a partir de lo investigado, están relacionados con los problemas de Salud de los

prisioneros, y cómo se incrementan. También hay que señalar la cultura propia de la reclusión donde el lenguaje se torna diferente de lo habitual, así como los problemas de hacinamiento que se han demostrado existen en las diversas cárceles del mundo, incluyendo las de los países avanzados en su industria y tecnología como Estados Unidos.

Se pretende en esta revisión presentar los diversos aspectos del Sistema Carcelario. Dado que la investigación se centra en la *responsabilidad criminal* de las personas que se encuentran sindicadas o condenadas por un supuesto crimen, es interesante poder conocer como el sistema carcelario, afecta aspectos concernientes a la calidad de vida de los reclusos que -de acuerdo con esta investigación- podría brindarnos información importante acerca de cómo se encuentran sus condiciones de vida.

Cuando se investiga acerca del Sistema Carcelario, vale la pena anotar como en Colombia, ha sido muy poco investigado por los psicólogos y por ende como el campo de investigación en éste área se encuentra aun en ciernes.

En la revisión de artículos científicos resulta muy difícil poder encontrar alguna información concerniente al Sistema Carcelario Colombiano, diferente a la ofrecida por el INPEC. Esto estaría mostrando como el problema puede estar evidenciando la falta de información, no solo desde el campo de la psicología, sino desde la sociología y otros campos afines que pueden tener algún interés en estudiar esta realidad que se vive al interior de las prisiones.

A pesar de esto, se pudo encontrar un precedente en una Tesis de Derecho, que enuncia la necesidad de estudios interdisciplinarios, evidenciando la crisis que en el 2003 se presentaba en el Sistema Carcelario y Penitenciario Colombiano:

De acuerdo con la autora (Galvis, 2003), uno de los más graves problemas que afronta nuestro país es la crisis del sistema carcelario y penitenciario y las noticias al respecto son cada vez más preocupantes. Aunque no se pueden desconocer los esfuerzos realizados para mejorar esta situación, las soluciones que han sido planteadas no han dado los resultados buscados y requeridos, no necesariamente porque no hayan sido decisiones adecuadas o pertinentes, sino porque el desarrollo de este sistema depende no solo de sus elementos internos sino de todas las actuaciones que se realicen en diferentes materias tales como el derecho penal, las políticas gubernamentales, el derecho procesal penal, los problemas sociales, los problemas económicos, entre otros.

El abandono en el que se tienen los sistemas carcelarios, no solo es un problema de Colombia sino del mundo, aunque en otros países tales como Estados Unidos, se han realizado más investigaciones como se presentara posteriormente. Por el momento se procederá a presentar, la información que se ha podido rescatar de las diferentes revistas, que puedan dar luces, sobre este tema, y posteriormente, proceder a una primera aproximación sobre el Sistema Carcelario Colombiano.

De acuerdo con lo leído, una de las principales causas de los problemas psicológicos que ocurren en las cárceles, es el hacinamiento y se presenta cuando la población reclusa es mayor que la capacidad que tiene la prisión de poder mantenerlos ahí. Por ejemplo si una cárcel tiene una capacidad para 2.500 personas, y viven en ella más de 5.000, se puede decir que esa reclusión en particular tiene un problema de hacinamiento.

Para la investigación se encontró, como de acuerdo con (Paulus y McCain, 1983) que el hacinamiento puede ser el motivo de diversas reacciones psicológicas negativas: entre ellas tenemos el estrés, el aislamiento social, quejas de aumento de enfermedades y otros problemas de salud asociados. Estos autores encontraron evidencias relacionadas con el aumento de los suicidios, de

compromisos psiquiátricos, de infracciones disciplinarias, muertes violentas y muertes debido a causas naturales.

Un artículo más reciente provee información estadística interesante acerca de las diversas cárceles en Estados Unidos y el problema de hacinamiento que allí se presenta. De acuerdo con Harold Wilber de la Dirección de Cárceles de Palm Beach, en Florida: Las cárceles son una parte integral de nuestro sistema de justicia criminal. Hay aproximadamente 3.300 cárceles en los Estados Unidos, Estas cárceles solo cubren una tercera parte de los 2.000.000 de reclusos que tiene el país. Durante los últimos 20 años el número de reclusos en las prisiones ha crecido dramáticamente, mientras el número de cárceles ha decrecido .Los administradores de las cárceles enfrentan diariamente problemas de sobre-población pero no tienen ningún control sobre los prisioneros que entrar o se van, pues estas son decisiones que toma el sistema judicial.

Ahora, si un país desarrollado, y avanzado como es Estados Unidos, presenta problemas de hacinamiento en sus cárceles, ¿qué se puede esperar de un país subdesarrollado y pobre como Colombia? Aunque no se dispone de muchos datos sobre este problema en particular, se encontró en un estudio relativamente reciente, (Pinzón, 2000) como en países como Argentina y Colombia, la población penal aumentó en un promedio de 50 por ciento de 1990 al 2000. En Costa Rica, por ejemplo, se duplicó y pasó de 3.200 presos en 1992 a más de 6.000 en 1999.

Otro tema importante que se encontró al realizar la investigación es que en Estados Unidos han creado comisiones que se dedican a investigar acerca de los abusos y maltratos cometidos en las prisiones, tales como la PREA (*Prison Rape elimination Act*) y *the Comisión on safety and abuse in American Prison*. El objetivo de esas comisiones es mejorar la seguridad de los correccionales. (Weedon, 2005).

Entre los estudios que se realizaron hay que tener en cuenta una investigación sobre las psicosis en la comunidad y en las cárceles. Este revela ciertas inquietudes psiquiátricas mostrando su prevalencia, presentado por la *British Nacional Survey of psychiatric morbidity* Citando el estudio, fundamentalmente plantea como es mayor la prevalencia de la psicosis en las cárceles que en la comunidad. De acuerdo con los autores, estos datos muestran como se requieren en las prisiones un mayor número de medidas preventivas y terapéuticas. Con excepción de una minoría de prisioneros que presentan síntomas psicóticos debido a sustancias psicoactivas, el perfil de síntomas clínicos es el mismo en ambos contextos, y hacen necesarios, de acuerdo con sus conclusiones, estudios longitudinales, con el fin de comprender mejor estas diferencias de prevalencia. El método que aplicaron en el estudio consistió en que se evaluó una muestra aleatorizada de prisioneros de ambos sexos condenados o en prisión preventiva. (n=3.142) y una muestra aleatoria de residentes domiciliarios (=10.108) con cuestionarios estructurados y las *Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry* semi-estructuradas (Brugha, Singleton, Meltzer, Bebbington, Farrel, Jenkins, Cold, Fryers, Melzer, Lewis, 2005).

Cuando se investiga acerca del tema de la *responsabilidad criminal*, es notorio, como la dependencia a las drogas afecta a la percepción de los crímenes. De acuerdo con (Lo y Stephens, 2002): El presente estudio se realizó con el fin de evaluar porqué la dependencia de la droga está asociada con cualquier percepción específica del papel de las drogas en los crímenes. El estudio se realizó durante los veranos de 1997 y 1998 en la cárcel de Cleveland denominada Cuyahoga. Dentro de este estudio se plantearon dos grupos: el de los dependientes a las drogas comparados con el de los no-dependientes. Dentro del grupo de los dependientes, se encontró que:

- Estaban bajo la influencia de las drogas al momento de cometer el crimen.

- Ellos habían necesitado conseguir drogas para su uso particular.
- Esas drogas habían estado disponibles al momento de la comisión del crimen.
- Además en los dependientes al alcohol o las drogas se observó cierta tendencia a culpar de los actos criminales a la necesidad de obtener drogas.

## **2. G. Marco legal Colombiano.**

Se profundizara un poco más en el tema de la imputabilidad que es el equivalente jurídico en Colombia de la *responsabilidad criminal*, y específicamente en la inimputabilidad que nos acerca más al interés de los psicólogos y psiquiatras expertos forenses.

### **2. G. 1. Artículo 33: Inimputabilidad**

La *responsabilidad criminal* al igual que la imputabilidad es un concepto legal de base psicológica.

“La imputabilidad como tal es un concepto jurídico-penal de base psicológica que define el grado de normalidad psíquica de una persona, entendiendo normalidad como ajuste a unas normas estadísticas de actuación, sentir y pensar, cuando esta persona resulta posible objeto de una sanción penal en el caso de ser autor de un hecho delictivo o una falta. Para nuestro ordenamiento jurídico es delito o falta toda aquella conducta definida como tal en el código penal. Responsabilidad o capacidad penal son otros términos utilizados indistintamente para referirse a este concepto” (Vásquez, 2005)

En Colombia, desde el ámbito legal el término utilizado para referirse a la *responsabilidad criminal* es el de imputabilidad.

Según el artículo 33 del Código Penal Colombiano “Es inimputable quien en el momento de ejecutar la conducta típica y antijurídica no tuviere la capacidad de comprender su ilicitud o de determinarse de acuerdo con esa comprensión, por inmadurez psicológica, trastorno mental, diversidad\_sociocultural o estados similares. No será inimputable el agente que hubiere preordenado su trastorno mental. Los menores de dieciocho (18) años estarán sometidos al Sistema de Responsabilidad Penal Juvenil.”

Se muestra como al definir la *responsabilidad criminal* bajo el sistema de la legislación anglosajona, y el de inimputabilidad bajo el Código Penal Colombiano, que en últimas para lo que nos compete a los psicólogos y psiquiatras forenses, lo que hay que valorar en una persona que comete un crimen, es el hecho de sí la persona tiene un trastorno mental, y si cuando comete el crimen, estaba bajo la influencia de ese trastorno para poder determinar si es inimputable, o en el caso de utilizar el término que ha sido más investigado en Psicología Forense, si no es *responsable criminalmente*. Por supuesto teniendo en cuenta las leyes respectivas de cada país.

Nuestro interés en el tema de la inimputabilidad nos lleva fundamentalmente a los aspectos psicológicos que habría que evaluar para determinarla. Se observa claramente como las diferencias que hay entre Psicología y Derecho en la concepción de hombre es una de las áreas que requiere más estudio e investigación, con el fin de poder acercar cada vez más a ambas disciplinas. Como es notorio, tanto el Derecho como la Psicología presentan teorizaciones en torno al libre albedrío.

Según la tesis doctoral de Mora (2004), la psiquiatría ha regresado en estos últimos años a los olvidados enfoques biológicos, a las evidencias que vienen aportando las ciencias Neurológicas. Desde luego, también los progresos de la Genética han estimulado un renovado giro biologicista, al haber logrado explicar algunos componentes biológicos y hereditarios de un buen número de

enfermedades mentales. Algunos biólogos moleculares, entre ellos varios de prestigio mundial- han protagonizado una nada despreciable presión en esta misma dirección, al pretender encontrar la explicación de todo lo relacionado con el comportamiento humano en los genes, incluida la cuestión del libre albedrío. Y los penalistas han recurrido a un reduccionismo incomprensible y manejan una explicación pobre de la naturaleza humana

Una pregunta para investigar a futuro sería, ¿tendrán que acomodarse en el mañana, las teorizaciones en Psicología Forense acerca del comportamiento humano a las necesidades del Derecho? O ¿mantendrá la psicología su futura independencia en torno a la investigación científica que brinde luces a este respecto?

Desde una perspectiva legal en Colombia se puede elucidar la imputabilidad y la inimputabilidad así:

*“Inimputabilidad, más que una condición, es el juicio jurídico atribuible a la persona que habiendo perpetrado una acción delictiva, satisface las premisas contenidas en el artículo 33 de la normatividad penal. Inimputable es, al contrario del imputable, el sujeto que al ejecutar la conducta típica no estaba en condiciones de conocer y comprender su antijuridicidad o de orientar su comportamiento de conformidad con dicha comprensión, por inmadurez psicológica, trastorno mental o circunstancias socioculturales específicas.”*  
(Gaviria, 2005, p.31-32.)

La presencia demostrada de una de estas situaciones le impide al sujeto percatarse de que está lesionando o poniendo en riesgo determinado bien jurídico típicamente tutelado, o lo inhabilita para comportarse de manera jurídica, a pesar de percibir la ilicitud de su conducta. Al respecto, Agudelo Betancur comenta: “Y es que en esto consiste la inimputabilidad: no en la capacidad de comprender la realización del hecho, sino en la incapacidad de comprender la ilicitud o antijuridicidad de éste.”  
(Gaviria, 2005)

En relación al trastorno mental se observa como para evaluar la inimputabilidad desde el Código Penal Colombiano hay similitudes importantes con las leyes anglosajonas en el sentido que son los mismos puntos los que les interesa evaluar, es decir, si hay trastorno mental al momento en que se comete el crimen, respetando las diferencias legales de cada entorno.

*“El trastorno mental señalado en el artículo 33 es aquella condición psicopatológica en que se encuentra el sujeto al tiempo del hecho, de suficiente amplitud, gravedad y afectación de las esferas cognoscitiva, volitiva o afectiva, que le impide ser consciente de la ilicitud de su conducta o determinarse conforme a dicha comprensión. Es decir, el trastorno mental ha de ser de tal dimensión que el sujeto está en incapacidad de elaborar una representación psíquica de su ilicitud o de elegir alternativas de actuación al tenor de su inteligibilidad.*

*Puede tratarse de alguna de las entidades descritas en la moderna nosología psiquiátrica que responda no a los criterios diagnósticos desde el punto de vista clínico, sino a los criterios jurídico-penales de ausencia de comprensión de la ilicitud o de determinación de la conducta con arreglo a la comprensión. Pero puede tratarse también, dentro del concepto jurídico de trastorno mental, de una excepcional y profunda conmoción emocional o afectiva que obnuble en forma pasajera la conciencia o de una severa alteración de las facultades psíquicas causada por la ingestión, inhalación o inyección de drogas o sustancias de cualquier naturaleza.”(Gaviria, 2005, p.35)*

## **2. G. 2. Nuevo sistema penal acusatorio: implicaciones para las evaluaciones Clínica-Forenses.**

Aún son pocos los pronunciamientos que ha habido en Colombia desde la psicología sobre el nuevo Sistema Penal Acusatorio, a pesar de la relevancia que esto puede tener para ésta y otras disciplinas.

Hay un artículo bastante claro al respecto, pero está escrito desde la psiquiatría. Según la visión de Mesa (2005) la justicia colombiana ha introducido una nueva modalidad en el proceso penal denominada Sistema Acusatorio, contemplada en la Ley 906 o nuevo Código de Procedimiento Penal. De acuerdo al autor, lo que se pretende es luchar contra la impunidad escondida detrás de los

procedimientos jurídicos que dilatan y dificultan las investigaciones judiciales, para generar cambios que garanticen la celeridad en cuanto a los tiempos para la realización de la investigación, la recolección de las pruebas, la acusación y el juicio, y, a la vez, otorgar a los acusados todas las garantías procesales de una buena defensa, con los recursos periciales o probatorios necesarios y suficientes para lograr lo que se ha denominado una igualdad de armas entre las partes. A lo anterior se suma la reglamentación de la Defensoría Pública en la Ley 941 de 2005. Esta entidad debe garantizar a los acusados que van a ser defendidos por expertos y que tendrán la posibilidad de obtener pruebas que les den igualdad de fuerzas frente a la Fiscalía.

De acuerdo con la anterior, el nuevo sistema penal es un modelo reciente para nuestro medio, el cual requiere las adaptaciones propias de nuestra cultura y estar acompañado de los cambios que deben darse bajo la observación y la sana crítica en un período que empezó a transcurrir desde su implantación.

Lo mismo cabe añadir para la Psicología Forense. ¿Cuál será el nuevo papel que tendrán los psicólogos Forenses en el mañana? Es una pregunta interesante para aquellos que se adentran en esta área de investigación la que, por supuesto, seguirá contribuyendo al mutuo enriquecimiento de las disciplinas del Derecho por un lado y la Psicología Forense por el otro.

Dentro de la Psicología Forense como tal, no se han encontrado muchos trabajos en este tema. A pesar de ésta dificultad, fue posible rescatar una conferencia de un Congreso que se realizó el presente año, según el autor:

Hay una fuerte corriente de cambio en los sistemas jurídicos de Hispano-América y España. Después de dos siglos de emplear sistemas jurídicos copiados o derivados del Código Napoleónico,

con su administración de la justicia "detrás de puertas cerradas", varios países hispanos, algunos bien decididos, otros con reservas, han empezado a experimentar con sistemas legales "abiertos", de confrontación y con juicios verbales. En éste sistema, conocido en algunos de nuestros países como Sistema Acusatorio, el acusado tiene el derecho a escuchar los cargos legales impuestos contra él. Así mismo tiene derecho a confrontar la "evidencia" presentada por la Fiscalía y tiene derecho a defenderse de esos cargos personalmente o a través de su abogado, confrontando a los testigos de la Acusación y presentando sus propios testigos de la Defensa.

Hasta muy recientemente, la participación del Psicólogo Forense en el sistema judicial en los países hispanos ha sido muy escasa, y limitada a sectores concretos, como el Tribunal de Menores e Instituciones Correccionales. Esto aún es verdad en el año 2005 en muchos de nuestros países. Las escasas intervenciones forenses en el foro criminal estaban monopolizadas por los médicos y psiquiatras. Este escenario va a desaparecer, como lo hizo hace más de 50 años en los Estados Unidos. El elemento de cambio en nuestros países va a ser: el Sistema Acusatorio, los Juicios Verbales y los Tribunales con Jurados (La Calle, 2008)

La transición de un sistema a otro de manera general es explicada en este artículo:

*“Colombia realizó una reforma constitucional para la implantación de un nuevo Sistema Penal Acusatorio en reemplazo de un sistema anterior denominado “inquisitorio”, que era fundamentalmente escritural y de tradición europea continental. El sistema penal fue concebido para su aplicación por fases, según varios territorios, y el distrito judicial correspondiente a Bogotá hizo parte de la primera fase, puesta en marcha en 2005. Han sido no pocas las innovaciones del sistema y por ende la necesidad de adecuación no solamente procedimental, sino también cultural, que han afectado a las instituciones que intervienen en el sistema” (Velásquez et al., 2.007.p.1)*

Como se ha presentado, la implantación del nuevo sistema acusatorio ha abierto las puertas a los peritos privados, y acaba el monopolio en la intervención de los expertos por parte del estado. La Psicología Forense cobra una mayor importancia, debido a que se presupone un aumento de las intervenciones de expertos en psicología y psiquiatría entre otros. El hecho de que los psicólogos actualmente tengan que testificar ante un estrado de forma oral en Colombia y rendir una opinión de expertos, los obliga a una preparación exhaustiva con el fin de que puedan sostener ante la ley, aquello que realicen, lo que implica que los instrumentos o protocolos que utilicen deben tener confiabilidad y validez.

Un asunto importante es que de las críticas que ha recibido el nuevo sistema tiene que ver con un aumento en el riesgo en el que pueden incurrir los peritos al testificar de manera oral debido a las particulares condiciones de violencia que se viven en nuestro país.

*“Luego del primer año desde la implantación del nuevo sistema, han surgido entre los actores de la justicia y también entre la opinión pública percepciones negativas sobre aspectos del sistema. Algunas de estas percepciones han estado relacionadas con una hipotética incidencia en la inseguridad en la ciudad y, sobretodo, en la percepción de tal fenómeno.”*  
(Velásquez, 2.007, p.1)

## **2. H. INSTRUMENTOS**

### ***2. H. 1. Instrumento de Evaluación Psicológica de la Responsabilidad criminal.***

Un estudio reciente para evaluar el estado mental al momento del delito de acuerdo con el libro *“Forensic uses of clinical assessment instrument”* (2006) muestra cuáles son los diversos tipos de instrumentos utilizados para evaluar-entre otros- (*Mental Status at the time of offense*), traducido al español sería “El estado mental de las personas en el momento del delito”.

De los datos hallados a este respecto, consideramos relevante el presentar una investigación general referente al criterio de graduados en Psicología Forense en EE.UU. Los datos encontrados son: que frente al “*estado mental al momento del delito*” la distribución de los instrumentos de acuerdo con la estadística es así: “WAIS-III está recomendado a un 60%, con un 96% de aceptación. MMPI-2 Recomendado a un 54% con un 94% de aceptación. R-CRAS No aparece como recomendado, tiene un 94% de aceptación” (Archer, 2006). No se encontró, cuando se revisaron los datos de ésta encuesta el número de graduados entrevistados. Se presentan además otros instrumentos, pero estos presentan menores porcentajes de aceptación, y no son recomendados: “Halstead Reitan 71%, PAI 69%, Luria Nebraska 58%, MCMI-III 54%, S-B-R 52%” (Archer, 2006). Hay por último una pequeña lista de instrumentos que figuran como inaceptables: “Dibujos proyectivos 81%, TAT 65%, finalización de frases 60%” (Archer, 2006).

## **2. H. 2. R-CRAS: Descripción Básica del R-CRAS. Estudios e Investigaciones.**

El R-CRAS es un protocolo funcional que puede ser de utilidad como complemento de cualquier evaluación psiquiátrica y/o psicológica forense. Tiene como propósito brindarle luces al perito en torno a la evaluación que está realizando con el fin de poder brindar al perito, herramientas validas que faciliten la evaluación sobre la *responsabilidad criminal*, pero que de ninguna manera es determinante en sí mismo, si no está basado antes que todo, en una gran cantidad de información previa que exige la prueba, y que incluye un conocimiento acerca de la vida de la persona que está siendo evaluada, además de que debe estar basado previamente en pruebas estandarizadas válidas y confiables, que contribuyen al juicio clínico del perito, pues de ninguna manera debe desligarse éste del juicio actuarial que se establece y de cumplir con los pasos que el mismo R-CRAS exige previamente, de manera estricta.

*“El R-CRAS es un instrumento estandarizado que fue creado por Rogers y colaboradores con el fin de poder determinar la responsabilidad criminal. El propósito del R – CRAS es proveer una base sistemática y empírica aproximada a las evaluaciones de la responsabilidad criminal. En tales exámenes forenses, el clínico es confrontado con una evaluación retrospectiva que a menudo involucra simular una enfermedad o amnesia, la cual requiere la aplicación específica de un estándar legal o de una enfermedad mental. El R-CRAS está diseñado para cuantificar variables psicológicas esenciales y variables situacionales al momento del crimen y a implementar criterios basados en modelos de decisión para la responsabilidad criminal. Esto permite al clínico cuantificar el impedimento al momento del crimen, conceptualizar el impedimento con respecto al estándar legal apropiado, y rendir una opinión experta con respecto al estándar legal.”(Rogers, 1987.p. 73).*

Se infiere del autor, acerca de la utilización de la frase “determinar la *responsabilidad criminal*”, que los peritos -dentro de nuestro marco legal- no “determinan” sino que evalúan acerca de la *responsabilidad criminal*, inclusive utilizando el protocolo. La función del perito debe remitirse a la evaluación sin tomarse la atribución de determinar como un hecho la *responsabilidad criminal*, pues esa es competencia del juez que se encarga del proceso. La función del perito, como el mismo autor lo plantea es rendir una opinión de experto de acuerdo con la ley.

Tres años después de la creación del protocolo R-CRAS, el autor escribe: “Se mantiene que los temas clínicos en la evaluación de la *responsabilidad criminal* han sido oscurecidos por respuestas políticas y emocionales en la absolución de Jhon Hinckley. A pesar de esto, la evidencia empírica se ha recientemente presentado en la evaluación de enfermedad mental, incluyendo estandarización, procedimientos de rastreo y estándares legales operacionalizables con el RCRAS. La influencia de factores extra-clínicos efecto de las nuevas proposiciones estatutarias, y un entendimiento etiológico del comportamiento criminal psicológicamente basado son discutidos.” (Rogers, 1 987).

El caso de Hinckley es particularmente interesante por ser el hijo de un millonario petrolero, que intenta matar al presidente Ronald Reegan con el fin- según su versión- de seducir a la actriz Judy

Foster, en el juicio los abogados defensores demuestran que el sujeto no es culpable por razón de enfermedad mental, y Hinckley es internado como paciente psiquiátrico. Esto desata el reproche social en Norte – América, y renace el debate acerca de si se puede crear una figura tal como “enfermo mental pero culpable”. A pesar de la presión de la prensa, no se conocen cambios relevantes que pudieron derivar a partir del caso en el sistema legal en Norte-América.

Un intento de validación del R-CRAS que se realizó un año después, se presenta en el resumen de la investigación. Se estudiaron 116 hombres y 9 mujeres acusadas referidas a centros forenses en tres largas áreas urbanas del medio- oeste norteamericano para evaluaciones de *responsabilidad criminal*. El foco está en orientar la validación de la *responsabilidad criminal* de Rogers (R-CRAS) sobre las bases de los criterios de la M’*naghten* y del GBMI (*Guilty By Mentalli Ill* que, traducido al español, corresponde a *culpable por enfermedad mental*). El rango del crimen de los sujetos evaluados va desde un delito menor al asesinato. Después de completar una evaluación comprensiva de cada persona, el examen psicológico o psiquiátrico completo el R-CRAS incluyó los modelos de decisión por la M’*naghten* y la Ali Standard. Usando una versión del modelo de validez de constructo desarrollado por Loevinger (1957) sobre los resultados indicaron que 4 de 5 de las escalas resumidas del R-CRAS fueron consistentes con las hipótesis a priori. El R-CRAS aparece como efectivo operacionalizando los 2 estándares de *responsabilidad criminal* alrededor de modelos de decisión explícitos. (Rogers y Seeman, 1986) Se explica con esta cita la investigación que Rogers aclara en el manual del instrumento:

*“Se examina la escala de evaluación de responsabilidad criminal de Rogers como una aproximación empíricamente basada para las evaluaciones de enfermedad mental a la luz de investigaciones previas que suponen una interrelación entre confiabilidad y validez de constructo. El estudio presente con una larga base de datos (N= 111) busca la validación cruzada de estos resultados. Los resultados de 5 centros Forenses establecieron una*

*satisfactoria confiabilidad para el R-CRAS y diferenciaron patrones de 4 a 5 escalas entre acusados sanos y acusados con enfermedad mental. Los resultados además sugieren que el RCRAS es generalizable en su edad, sexo, comportamiento criminal, y localización de la evaluación forense.” (Rogers, et al., 1983. p.89)*

Dentro de esta investigación resulta interesante ver como los estudios relacionados con esta prueba son explicitados por su autor en la década de los 80. A partir de ahí es muy poca la información que se tiene sobre estudios con el R-CRAS.

En todo caso se presentaran algunas de las controversias actuales en relación a la evaluación de la *responsabilidad criminal* con el R-CRAS:

De acuerdo con (Hess y Weiner, 1999) hay varias controversias en torno al R-CRAS en primer lugar plantea que fue designada para cuantificar los elementos del criterio ALI para la *no-responsabilidad criminal*. Para estos autores algunos puntos que evalúa el R-CRAS son justamente términos legales y abstracciones psicológicas (por ej.: delirios al momento del supuesto crimen) y no representan necesariamente los aspectos que son actualmente usados por examinadores profesionales en tomar sus decisiones.

Otra crítica se presenta en relación a la confiabilidad interna de los ítems, de acuerdo con estos autores. Rogers ha reportado una confiabilidad interna modesta en el nivel del ítem (promedio  $kappa = 0.58$ ) con valores más bajos (0.49) asociados con la pregunta (“¿fue la pérdida de control atribuible a disturbios psicopatológicos subyacentes?”) una de las más frecuentes fuentes de desacuerdo en pruebas de juicios (Rogers, Wasyliw, Cavanaugh, 1984). Juicios finales con el R-CRAS muestran niveles razonables de acuerdo entre examinadores y las pruebas de hecho (96%) con respecto a sanidad, con bajos niveles de acuerdo sobre enfermedad mental (70%); Desafortunadamente, todos los estudios en esta área se muestran como grupos de criterio –

contaminado, en que el proceso de examen es parte de la determinación judicial (Rogers, Cavanaugh, Harris y Seeman, 1984; Holding, Roesch, Skeem y Zapf; Hess y Weiner, 1999).

### **2. H. 3. MMPI y MMPI-2. Descripción Básica del MMPI-2**

Para una introducción adecuada al tema del MMPI y MMPI-2, se tomaran éstos argumentos como primera referencia:

*“Los psicólogos se están preguntando, y cada vez con mayor frecuencia, que tipo de técnicas podemos utilizar para poder presentar de un modo eficiente, valido y fiable, los datos que intentamos evaluar. La mayor parte de los casos son los datos fundamentalmente, los que pueden aportar garantías de confiabilidad y validez de lo evaluado. Lees Haley (1992) encontró que el MMPI es la técnica más frecuentemente utilizada por los psicólogos forenses que puede aportar esta fiabilidad de los datos cuando se trata de evaluar determinadas características de la personalidad. Los neuropsicólogos estiman que es el MMPI la segunda técnica, después de la prueba de inteligencia de Wechsler, que más utilizan en la Evaluación Forense (Lees-Haley, Smith, Williams y Duna, 1996). Preguntando a psicólogos profesionales de salud mental y forense que técnicas utilizan con mayor asiduidad en su ejercicio profesional, se pudo encontrar que en los procesos judiciales con padres que litigan sobre la guardia y custodia de sus hijos, el 89% de estos profesionales se habían servido del MMPI-2 para analizar la conducta de los padres (Keillin y Bloom, 1986).” (Jiménez y Sánchez, 2003. p.51)*

Se demuestra con datos estadísticos concretos como es de frecuentemente utilizada la prueba MMPI y el MMPI-2 para evaluar determinadas características de personalidad.

Estos datos estadísticos son complementados con un estudio histórico de los últimos años realizado por los mismos autores:

*“Hemos aludido anteriormente al progresivo aumento de la utilización del MMPI/MMPI-2 en los diferentes juzgados de la administración de los EE-UU. Los datos aportados nos permiten apreciar más detalladamente este aumento a lo largo de más de 30*

*años (1967-1998) y en 49 estados diferentes. Si fijamos nuestra atención en este desarrollo, podemos advertir que en los 11 años comprendidos entre 1967-1977 y los 11 años posteriores 1978-1998 se ha multiplicado por 10 el número de casos en que se ha utilizado el MMPI en los diferentes procesos judiciales. Al comparar este último periodo con el de 1989-1998, podemos observar dos cosas: por una parte, casi se ha duplicado el número de casos en los que se ha utilizado el MMPI, por otra podemos advertir que tras la reestandarización del MMPI (1989), denominándose MMPI-2, son relativamente pocos (14) los casos en los que la nueva adaptación se ha aplicado.” (Jiménez y Sánchez, 2003, p.51)*

El MMPI y el MMPI 2 son pruebas por lo que hemos visto ampliamente utilizadas, y esto se debe a los altos niveles de validez y confiabilidad que presentan, así como a la gran cantidad de estudios e investigaciones a las que ha sido sometida, las cuales pueden ser defendidas con relativa facilidad ante un Tribunal, “En evaluaciones de *responsabilidad criminal*, el tipo de instrumento más frecuentemente utilizado es un instrumento de personalidad objetivo, con el MMPI o MMPI-2 reportado como comúnmente usado por el 94% de los que respondieron a la encuesta” (Archer, 2006). Esta investigación fue realizada en EE.UU. con especialistas graduados en el área de Psicología Forense.

Lamentablemente en Colombia no conocemos información estadística sobre este particular para poder presentar. La pregunta en este punto importante en el curso de esta investigación resulta ser como una prueba como el MMPI o MMPI-2, que resulta ser una prueba clínica, eminentemente, resulta de utilidad en la Evaluación Forense y es más frecuentemente utilizada que evaluaciones de carácter específicamente forenses tales como el R-CRAS?

*“Pope, Butcher y Seelen (1993, 2000) se preguntan qué es lo que puede hacer atractiva esta técnica del MMPI y del MMPI –2 para los psicólogos forenses. Algunas de las principales razones esgrimidas en el ejercicio de su profesión se especifican en el hecho de ser una técnica con un gran respaldo científico de validez y confiabilidad, de fácil administración, con una baremación empíricamente científica, con un grupo de escalas e índices de validez que detecta la posible falsificación de las pruebas(teniendo en cuenta o no la información de*

*los ítems) y con una amplitud de escalas que abarcan las dimensiones fundamentales de la personalidad psicopatológica. Es sabido que el MMPI y el MMPI-2 es una técnica que inicialmente fue elaborada por sus autores para el ámbito clínico. Es adecuado utilizarla también en un ámbito forense? ¿La posible “defensividad” mostrada por el cliente necesita de otra estrategia de administración o de interpretación Es decir en la práctica diaria no resulta extraño encontrar unos padres litigando por la “guardia” y “custodia” de sus hijos y que sus respectivos protocolo no se encuentren cargados de “defensividad”? (Ampliable a otros casos: solicitud de compensación por daños y secuelas, fingimiento negativo o positivo según casos). En el momento actual podemos detectar con la adaptación española del MMPI- 2, cuando un protocolo se muestra defensivo o muestra cualquier tipo de fingimiento sin necesidad de alterar o implementar otro tipo de estrategia para el ámbito forense (Sánchez, 2002)” (Jiménez y Sánchez,2003.p.53).*

De acuerdo con la cita de (Jiménez y Sánchez, 2003) queda estipulado cómo las razones de su uso, no sólo giran en torno a sus altos niveles de confiabilidad y validez, como se mencionó anteriormente, sino que la prueba presenta un indicador que detecta los fingimientos de las personas, o la simulación de una enfermedad mental. Una confirmación de lo planteado, se encuentra en esta cita: Antes de ser reemplazado por una versión más actualizada, el Inventario de Personalidad Multifásico de Minesota original(MMPI; Hathaway y Mckinley,1943) fue el más frecuentemente utilizado autoinforme para medir la personalidad y la psicopatología (Lubin, Larsen y Matarazzo,1984;Piotrowski y keller,1989) así como el más investigado(Reynolds y Sundberg,1976) Este patrón ha continuado con el MMPI-2 (Butcher et al, 2001), el cual es usado para muchos propósitos (Camara, Nathan y Puente, 2000) y permanece como el más frecuentemente investigado Test psicológico (Butcher y Rouse, 1996; Archer, 2006).

En lo referente a las aplicaciones forenses específicas del MMPI–2 nos interesan fundamentalmente dos: la *capacidad para ir a juicio*, y la *responsabilidad criminal* como tal.

### **2. H. 3. 1. Capacidad de ir a Juicio**

A los psicólogos a menudo se les solicita que rindan una opinión acerca de la capacidad de ir a juicio de un acusado. El criterio normal para evaluar su capacidad se resume primero en Dusky y United States (1960) el cual estableció que para ser considerado capaz de ir a juicio, el acusado debe: A) entender razonablemente los procedimientos legales que enfrenta, incluyendo los roles de varios participantes en este proceso y B) tener la habilidad de asistir de manera significativa en su propia defensa. Estos criterios son de naturaleza funcional y Ogloff (1995) declaró que el MMPI 2 podría tener poco que ofrecer a este respecto. Sin embargo, una pregunta cumbre en conducir la evaluación de la capacidad de ir a juicio es que el acusado tiene una condición mental que podría impedir estas funciones. Además, la posibilidad de fingir una enfermedad debe siempre ser considerada en dirigir esas evaluaciones. Sin embargo, el MMPI 2 no puede directamente contestar las preguntas en relación a la competencia (otra información se necesita para este propósito). Hay varias maneras por las que los datos del MMPI 2 pueden agregar a la información por la cual se basa una opinión de la capacidad de un sujeto. Las escalas de validación pueden proveer una información relevante considerando la posibilidad de simular una enfermedad, o la falta del mismo, y las escalas substantivas del MMPI 2 (Clínicas, RC; Contenido, etc.) pueden proveer información considerando la probabilidad de que un individuo tiene una condición mental que podría impedir su capacidad para ir a juicio, Por ejemplo, Stafford y Wygant (2005) reportan que los síntomas psicóticos son frecuentemente encontrados en acusados que son incapaces de ir a juicio. El MMPI 2 tiene un número valido de escalas para predecir sintomatología psicótica (Archer, 2006).

Puntualmente se muestra como el MMPI 2 puede servir de apoyo en lo referente a conocer cuando se pretende fingir una enfermedad, además del hecho de poder predecir sintomatología psicótica en

un número de escalas lo que mostraría una condición mental que podría impedir su capacidad de ir a juicio. Más no para evaluar puntualmente la competencia de una persona para comparecer en un juicio.

### **2. H. 3. 2. Responsabilidad criminal.**

Porque la determinación de enfermedad legal requiere contestar preguntas específicas considerando un estado mental individual al momento del delito, el MMPI-2 y test similares tienen una utilidad más limitada en evaluaciones por NGRI que en las evaluaciones de la capacidad para ir a juicio. Además hay una pequeña investigación para respaldar el uso de MMPI-2 en contestar preguntas legales directamente relacionadas con la enfermedad mental. Por ejemplo, Rogers y Mckee (1995) encontraron que no hay evidencia para sugerir que los acusados de enfermedad mental puntúan diferente que los acusados sanos, en el MMPI 2 con la excepción de las escalas de comportamiento antisocial (ej. escala 4 ASP) sobre la cual los acusados de enfermedad mental puntúan más bajo. Sin embargo, Lally (2003) reportó que la mayoría de los examinadores forenses diplomados en su estudio recomiendan usar el MMPI-2 para las evaluaciones de *responsabilidad criminal*. Estos resultados son probablemente porque el MMPI-2 genera información que es relevante para la evaluación, aunque directamente no dirige las preguntas psicológicas. Las escalas de validación del MMPI-2 pueden asistir en la identificación de intentos normales de simular una enfermedad mental. Esto es digno de mención debido a que si un acusado intenta fingir psicopatología en el curso de una evaluación de NGRI, esto ocurre al momento de la evaluación, no al momento del supuesto crimen. En suma, los individuos que fueron encontrados NGRI tienen probablemente trastornos crónicos y severos que podrían estar reflejados en el protocolo de MMPI-2. Finalmente, tales acusados tienen algunas veces los primeros contactos con el sistema de salud mental y un delito

previo al protocolo de MMPI-2 , y podría existir un protocolo normal con el que puede ser comparado y que ayude a establecer la presencia o ausencia de un primer trastorno severo para un supuesto delito.” (Archer, 2006).

A partir de los estudios presentados anteriormente, resultan el MMPI original y el MMPI -2 instrumentos necesarios para la evaluación de la *responsabilidad criminal*, porque reúnen varios elementos de vital importancia con fines de conocer acerca de la posible psicopatología de una persona. Además de que el factor de detectar la simulación resulta necesario, sobre todo cuando es usado con probables delincuentes.

### **2. H. 3. 3. La clasificación de delincuentes de Megargee.**

Megargee y colaboradores desarrollaron una clasificación para delincuentes realizando un estudio longitudinal sobre aplicaciones forenses del MMPI en su primera versión. La cita que se expone a continuación ubica los estudios de Megargee y colaboradores dentro de un contexto histórico:

*“Ha habido 2 excepciones sobresalientes a la escasez de investigación longitudinal con el MMPI, ambos dirigidos a predicciones forenses. Hace muchos años, Hathaway y Monachesi(1953) administraron a algunos cientos de estudiantes de noveno grado en Mineapolis y otras comunidades de Minsesota y entonces examinaron los perfiles de aquellos que habían llegado a ser conocidos por agencias del orden público por comportamiento delincuente durante los próximos cuatro años. Ellos encontraron que las elevaciones iniciales en las escalas 4(PD), 8(Sc) y 9(Ma) predijeron una tasa de delincuencia considerablemente más alta que la tasa total poblacional, entre ambos muchachos y mujeres. Como lo mostró Megargee y Carbonell (vea el capitulo 6, de este volumen) la investigación subsecuente ha constantemente confirmado elevaciones de las escalas 4,8 y 9 en delincuentes jóvenes. El otro esfuerzo predictivo de notar ha sido el trabajo de Megargee y sus colegas en desarrollar una tipología del MMPI para clasificar delincuentes criminales y predecir aspectos de su comportamiento en establecimientos carcelarios. Esta investigación ha presentado evidencia, por ejemplo, de que los perfiles del MMPI en la admisión a una institución correccional*

*pueden predecir el uso de llamadas médicas y la adecuación o adaptación a la vida en prisión. (Carbonell, Megargee y Morread, 1984; Carbonell y Megargee 1991)” (Porath, et al., 1995. p. 199).*

Estos serían los puntos que requiere un sistema de clasificación de acuerdo con (Clements, 1982, 1987; Megargee, 1977; Porath, et al. 1995) con el fin de que sea de utilidad para el Sistema de Justicia Criminal.

- Ser comprensivo, para que la mayoría de los clientes puedan ser clasificados.
- Tener claras definiciones operacionales de varios tipos.
- Tener confiabilidad interna.
- Ser validos, que es, exponer evidencia de que los tipos propuestos en realidad existen y poseen las cualidades supuestas.
- Ser dinámicos, que es tener el potencial para cambiar sobre el tiempo.
- Tener manejo diferencial e implicaciones de tratamiento para varios tipos.
- Ser costo-efectivos, así, un gran número de delincuentes puedan ser clasificados rápidamente y de manera poco costosa con una mínima dependencia del personal altamente entrenado.

Ha sido mucho lo que se ha escrito sobre el sistema de clasificación de Megargee, ha sido ampliamente investigado, he aquí otro aporte que complementa la información presentada:

*“Meguerge y Bohm(1977) identificaron a 10 tipos de criminales en el Estado de Florida utilizando su perfil del MMPI, juntamente con variables demográficas y comportamiento en prisión agrupándolos en unos perfiles determinados. El sistema de clasificación de presos de Megargee ha sido ampliamente utilizado por el personal penitenciario y los 10 tipos hallados han sido experimentados en diferentes prisiones de los Estados Unidos” (Jiménez y Sánchez, 2003. p.170)*

El trabajo de Megergue(1979) considero 10 tipos de delincuentes, estructurando unas reglas de clasificación de utilidad para organizar el 85 % al 95% de los perfiles de delincuentes. Los datos

de investigación de Bohn, Megergue, Meyer y Sink (1979) encontraron diferencias significativas entre los tipos sobre características demográficas, patrones de comportamiento criminal, características de personalidad clasificadas, medidas de ajuste institucional (incluyendo frecuencias o infracciones de disciplina, incidencia de reportes de llamadas médicas, relaciones interpersonales y realización de trabajos) y tasas de reincidencia. Los lectores interesados en detalles concernientes a el sistema de clasificación deberán consultar el libro de Megargee, et al. (1979) para más información.

Una inquietud interesante, se relación con la pregunta acerca de si el sistema de clasificación para Delincentes utilizado en el MMPI original, pudiera ser de utilidad también para el MMPI – 2. En la década de los 90 se plantearon dudas acerca de esta inclusión (Graham, 1990). Estas inquietudes fueron despejadas con estudios realizados posteriormente que corroboran la importancia de éste sistema de clasificación, también de utilidad para el MMPI- 2.

*“Hay una pregunta que nos resulta inquietante en el proceso de interpretación. ¿Los diferentes tipos de códigos empleados en el ámbito clínico del MMPI, se corresponderían en el contexto forense con los mismos tipos de código del MMPI-2. Son muchas las de investigaciones que han establecido que las escalas del MMPI y el MMPI-2 presentan similares síntomas y elevadas correlaciones de los mismos tipos de personalidad, incluyendo a la psicopatología, pacientes internos, pacientes de tratamiento ambulatorio e incluso población no clínica. Es una razón suficiente como para poder esperar que semejantes resultados se encuentren en personas que se les evalúa desde el ámbito forense .Un ejemplo de ello tenemos en Megargee y Carbonel (1995) al revisar los estudios con el MMPI sobre la utilización predictora del comportamiento y ajuste de los criminales encarcelados. Las últimas revisiones de Megargee (1994,1997) utilizando el MMPI-2 muestran una elevada correlación de los datos aportados entre las personas convictas de un comportamiento criminal.”*  
(Jiménez, Sánchez, 2003, p.53)

Por tanto se confirma, a partir de éstas revisiones (1994 y 1997) como la correlación también es funcional para el MMPI-2. Hay que tener en cuenta los estudios de Megargee (1979) para el MMPI-

1 y sus colegas para poder determinar la reincidencia en las prisiones, además de los estudios recientes con el MMPI-2 ya mencionados:

*“En establecimientos correccionales, Megargee y los colegas desarrollaron una sistema de clasificación configurada para el uso con el MMPI Bohn, Megergue, Meyer y Sink (1979) y más recientemente, las escalas clínicas del MMPI-2. Ellos encontraron que ciertos grupos eran más probables de reincidir después de la liberación (Grupo Foxtrot 64%) y actúan más agresivamente en prisión (Grupo Júpiter)” (Archer, 2006, p. 105)*

Para concluir el tema, es pertinente guardar cierta reserva frente al sistema actual, aunque resulte de gran utilidad:

*“En general, podemos concluir que debemos tener cierta precaución al realizar nuestro trabajo con unas decisiones basadas en la tipología de Megargee. Sin embargo, este sistema debería proporcionar utilidad a la realización de hipótesis cuando es complementada con otra información. El sistema de Megargee es actualmente válido con las normas del MMPI-2” (Jiménez y Sánchez, 2003,p.172)*

## **2. H. 4. MSE- Ofense**

### **2. H. 4. 1. Descripción básica:**

Para Garzón (1989), el MSE es una Pauta de Entrevista diseñada para apoyar a los peritos en la valoración del funcionamiento psicológico durante la época del delito, que facilite la detección de alteraciones en el acusado en el momento de cometer el delito de forma que se pueda optar entre la realización de un examen más detenido o bien por el abandono de la hipótesis de posible Alteración o trastorno mental (inimputabilidad).

Sobre la descripción básica se podría agregar esto: “Melton y sus colegas (Melton et al, 1987; Meltony Showalter, Slobogin, 1984) desarrollaron el *Mental State at the time of the offense*

*Screening evaluations* (Estado mental al momento del crimen) (MSE-Ofense) El MSE- Ofense está compuesto de tres secciones principales: 1) Información Histórica 2) Información del Delito 3) Un examen mental” (Rogers y Shuman, 2000).

#### **2. H. 4. 2. Críticas al MSE**

Para Ibáñez, Ávila, (citado por Garzón, 1989) no cumple el verdadero objetivo para el que tendría que estar diseñado, es decir para facilitar el estudio de la conducta en lo relativo a la relación entre el posible trastorno y el delito. Y por ende, no se consideraría un instrumento propiamente dicho.

“El MSE para la evaluación de la *responsabilidad criminal* es un protocolo de entrevista para apoyar a los peritos en la valoración del funcionamiento psicológico durante la época del delito y facilita la detección de trastornos mentales actuales o pasado y el ordenamiento de los datos del caso, pero no es propiamente un instrumento de evaluación Forense (Ávila, 1995, citado por Tapias, 2004)

Pero el MSE –Ofense también ha recibido otras críticas, como por ejemplo la referente a la confiabilidad de la prueba:

- “*Confiabilidad de las observaciones clínicas: desconocida.*
- *Confiabilidad del árbol de decisión: desconocida.*
- *Confiabilidad de las conclusiones: desconocida”.* (Rogers y Shuman 2000)

El autor prosigue su crítica mostrando que la validez de la prueba es dudosa “el único estudio de validación fue compuesto por 24 profesionales de la Salud Mental predominantemente psicólogos y

trabajadores sociales, que completaron 30 horas de un curso de entrenamiento que incluye teoría y práctica en la aplicación del MSE –Ofense” (Rogers y Shuman, 2000)

Más, no conforme con objetar en torno a la validez y confiabilidad de la prueba, cita un estudio sobre sus aplicaciones: “Dado el énfasis del MSE-Ofense en opiniones concluyentes y su falta de validez establecida, los hallazgos de Borum y Grisso (1995) no resultan sorprendentes. Ellos encontraron que el 0% de los psicólogos forenses y el 2% de los psiquiatras forenses emplean el MSE- Ofense al evaluar la *responsabilidad criminal*” (Rogers y Shuman, 2000)

*“Un número de propuestas para protocolos semi-estructurados con el fin de examinar temas correspondientes al MSO han sido realizadas (ver por ejemplo. Holding y Roesch, 1987, Melton et al, 1997; Ogloff, Roberts y Roesch, 1993) El R-CRAS y las técnicas de evaluación menos estructuradas como el MSO realizan sus contribuciones más importantes colaborándole al perito en organizar las bases subyacentes para el juicio profesional (Holding 1990,1992). El punto álgido, recae en la asociación entre trastorno orgánico o psicopatológico y control moral, así como en las capacidades de juicio del evaluado. Estas estrategias son más útiles cuando sirven a valores heurísticos de a) Enfatizar en los aspectos del estado psicológico del acusado que son más importantes b) Describir una relación aparente entre el control y la capacidad de juicio del sujeto. C) Organizar datos conocidos sobre las relaciones empíricas entre trastorno mental y capacidades psicológicas en varios estados y situaciones.” (Hess, Weiner, 1999,p.332)*

## **II. DISEÑO EXPERIMENTAL**

### **II. A. Metodología:**

El estudio que se presenta, a nivel metodológico consiste en un tipo de investigación descriptiva-no experimental cuyo objetivo es valorar la *responsabilidad criminal*.

Esta valoración de la *responsabilidad criminal*, se realiza en dos movimientos: uno teórico y uno fundamentado en lo práctico.

El estudio teórico se presenta como una revisión de diversas investigaciones acerca del tema de acuerdo con lo encontrado en bases de datos internacionales tales como PsychInfo, y Proquest. Complementario a esta fundamentación teórica del tema, que intenta recopilar los contenidos asociados a éste, se encuentra la adaptación de el Test R-CRAS a población colombiana, basados en una fundamentación de tipo descriptivo que amplia nuestro conocimiento acerca de la *responsabilidad criminal* en estas personas, así como estudios generales acerca de la consistencia del test que corresponden a los diversos análisis de estadística inferencial que se presentan en la tesis, utilizando el SPSS versión 17.

De acuerdo con Salkind (1998) La investigación descriptiva reseña las características de un fenómeno existente, que es lo que se pretende realizar, complementando lo teórico del estudio acerca del contenido, con los diversos estudios descriptivos que se presentan.

I. El nivel teórico se considera la primera parte de la investigación, éste presenta tres subdivisiones principales:

## I. Teoría General

A. Introducción

B. Marco Teórico.

C. Instrumento

II. El nivel práctico se considera la segunda parte de la investigación, la cual presenta:

A. Metodología

B. Resultados y análisis de datos.

Además de la Introducción, Justificación, Discusión, Conclusiones, Referencias Bibliográficas y Anexos.

El nivel teórico consiste en un estudio fundamentalmente descriptivo como es en general la investigación. En el nivel práctico se presentan como objeto de estudio en el análisis descriptivo las siguientes variables independientes: Fiabilidad, Organicidad, Psicopatología, Control cognitivo, y control de la conducta (*responsabilidad criminal*).

Además de éstas, se encuentran otras variables independientes: Edad, Género, Tipo de condena, Ocupación y arma utilizada.

Debido a que además del estudio descriptivo, en lo teórico y en lo práctico se establecen correlaciones en esta investigación entre diversas variables, se concluye que el estudio además de ser de tipo no-experimental descriptivo presenta aspectos de tipo no-experimental correlacional. Esta “proporciona indicios de la relación que podría existir entre 2 o más cosas” (Salkind, 1998)

### ***II.A.1. Objetivos.***

**Objetivo general:** Valorar la *responsabilidad criminal* en Homicidas Colombianos.

**Objetivo específico:** Disponer de una técnica que, debidamente adaptada a la población colombiana, pueda detectar y discriminar, adecuadamente, a los responsables criminalmente de los delitos cometidos.

### II.A.2. Participantes

A continuación se presentaran algunas comparaciones de variables relativas a los participantes de este estudio.

**Tabla 2. Estadísticos descriptivos de la edad por género**

Género	N	Rango	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.	Asimetría		Curtosis	
							Estad.	Error típ.	Estad.	Error típ.
Femenino	55	39	20	59	31,14	7,571	,997	,319	2,263	,628
Masculino	171	39	17	56	30,86	7,762	,701	,186	,407	,370
Total	226	42	17	59	30,93	7,699	,762	,162	,772	,322

La muestra total de participantes es de 226, discriminado de la siguiente manera: 171 hombres, 55 mujeres. La media de edad de la muestra total es de 31,14 años, asociada con una desviación standard total de 8 años. La muestra de hombres presentó también una edad media de 31 años, con una desviación estándar de 8 años y la edad media de las mujeres es de 31 años, con una desviación estándar de 8 años.

Como se puede evidenciar en la Tabla 3. los rangos de edad; a) menor de 27 b) de 27 a 33 años, concentran el 28,32% y el 41,45% respectivamente, para un consolidado total del 69,77 % del total de la población muestral, correspondiendo a 64 y 93 participantes en cada uno de los anteriores rangos.

**Tabla 3. Ocupación Anterior / Rango de Edad.**

Ocupación Anterior	Rangos de Edad								Total	% de la suma de columna
	Menos de 27	De 27 a 33	De 34 a 40	De 41 a 47	De 48 a 54	Más de 54	NS/NR	0		
Civil	16	31	16	10	4	1	0	0	78	39,92%
Conflicto armado	12	22	8	1	0	0	0	0	43	17,46%
Empleado	11	16	8	2	0	1	0	2	40	16,84%
Delincuente común	14	7	1	0	0	0	0	0	22	6,44%
Otra	4	5	2	3	0	0	0	0	14	6,65%
0	4	6	3	0	0	0	0	1	14	5,20%
Exmilitar/ Policía retirado	0	6	4	1	1	0	0	0	12	6,86%
Prostitución	2	0	0	0	0	0	0	0	2	0,42%
NS/NR	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0,21%
Total	64	93	42	17	5	2	0	3	226	100,00%
%	28,32%	41,15%	18,58%	7,52%	2,21%	0,88%	0,00%	1,33%	100%	

La evidencia anterior describe una mayoría de participación de la población inferior a 33 años en el estudio.

En lo relacionado con “la ocupación anterior” se puede evidenciar que las categorías: a) “Civil” b) “Conflicto armado” c) “Empleados”, concentran el 39,92%, el 17,46% y 16,84% respectivamente, para un consolidado total del 74,22 % del total de la población muestral, correspondiendo en su orden a: 78, 43 y 40 participantes en cada uno de los anteriores categorías.

Del análisis descriptivo presentado se puede considerar que la ocupación dominante es el de la población civil.

Del anterior análisis se puede evidenciar que 31 participantes se clasificaron en la categoría de ocupación civil y que además se encuentran en el rango de 27 a 33 años, como dato predominante.

Como dato adicional, el 17,46 % de la muestra pertenecen al conflicto armado colombiano,(Paramilitares, FARC y ELN) .

**Tabla 4. Tipo de Arma / Rangos de Edad.**

Tipo de Arma Utilizada	Rangos de Edad									
	Menos de 27	De 27 a 33	De 34 a 40	De 41 a 47	De 48 a 54	Más de 54	NS/NR	0	Total	%
Arma de fuego	34	62	27	9	2	1	0	1	136	60,18%
Arma blanca	24	21	11	6	2	1	0	0	65	28,76%
0	6	10	4	0	1	0	0	2	23	10,18%
Arma química	0	0	0	2	0	0	0	0	2	0,88%
NS/NR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00%
Otra	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00%
Total	64	93	42	17	5	2	0	3	226	
%	28,32%	41,15%	18,58%	7,52%	2,21%	0,88%	0,00%	1,33%		100,00%

Como se puede evidenciar en la Tabla 4. los rangos de edad; a) menor de 27 b) de 27 a 33 años, concentran el 28,32% y el 41,15% respectivamente, para un consolidado total del 69,47 % del total de la población muestral, correspondiendo a 64 y 93 participantes en cada uno de los anteriores rangos.

La evidencia anterior describe una mayoría de participación de la población inferior a 33 años en el estudio.

En lo relacionado con “El tipo de arma utilizada” se puede evidenciar que las categorías: a) “Arma de fuego” y b) “Arma blanca”, concentran el 60,18% y el 28,76% respectivamente, para un consolidado total del 88,94 % del total de la población muestral, correspondiendo en su orden a: 136 y 65 participantes en cada uno de los anteriores categorías.

Del análisis descriptivo presentado se puede considerar que el tipo de arma utilizada dominante es el arma de fuego.

Del anterior análisis se puede evidenciar que 62 participantes se clasificaron en la categoría de “Arma de fuego” y que además se encuentran en el rango de “27 a 33 años”, como dato predominante.

**Tabla 5. Tipo de delito / Rangos de Edad.**

Tipo de Delito	Rangos de Edad									
	Menos de 27	De 27 a 33	De 34 a 40	De 41 a 47	De 48 a 54	Más de 54	NS/NR	0	Total	%
Homicidio agravado	32	67	27	7	2	1	0	0	136	60,18%
Homicidio simple	11	13	9	7	2	0	0	1	43	19,03%
Tentativa de homicidio	13	11	5	2	1	1	0	1	34	15,04%
Otro	8	2	1	1	0	0	0	0	12	5,31%
0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0,44%
NS/NR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00%
<b>Total</b>	<b>64</b>	<b>93</b>	<b>42</b>	<b>17</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>226</b>	
<b>%</b>	<b>28,32%</b>	<b>41,15%</b>	<b>18,58%</b>	<b>7,52%</b>	<b>2,21%</b>	<b>0,88%</b>	<b>0,00%</b>	<b>1,33%</b>		<b>100,00%</b>

Como se puede evidenciar en la Tabla 5. los rangos de edad; a) menor de 27 b) de 27 a 33 años, concentran el 28,32% y el 41,45% respectivamente, para un consolidado total del 69,47 % del total de la población muestral, correspondiendo a 64 y 93 participantes en cada uno de los anteriores rangos.

La evidencia anterior describe una mayoría de participación de la población inferior a 33 años en el estudio.

En lo relacionado con el “Tipo de Delito” se puede evidenciar que las categorías: a) “Homicidio Agravado” b) “Homicidio Simple” c) “Tentativa de Homicidio”, concentran el 60,18%, el 19,03% y

15,04% respectivamente, para un consolidado total del 94,25 % del total de la población muestral, correspondiendo en su orden a: 136, 43 y 34 participantes en cada uno de los anteriores categorías.

Del análisis descriptivo presentado se puede considerar que el “Tipo de Delito” dominante es el de “Homicidio agravado”.

Del anterior análisis se puede evidenciar que 67 participantes se clasificaron en la categoría de “Homicidio Agravado” y que además se encuentran en el rango de “27 a 33 años”, como dato predominante.

**Tabla 6. Situación Judicial Actual / Rangos de edad.**

Situación Judicial Actual	Rangos de Edad									
	Menos de 27	De 27 a 33	De 34 a 40	De 41 a 47	De 48 a 54	Más de 54	NS/NR	0	Total	%
Condenado	21	62	26	10	1	2		1	123	54,42%
Sindicado	35	27	14	7	3				86	38,05%
NS/NR	8	4	2		1			2	17	7,52%
Total	64	93	42	17	5	2		3	226	100,00%
%	28,3%	41,2%	18,6%	7,5%	2,2%	0,9%	0,0%	1,3%	100,0%	

Hay que agregar que 86 personas correspondientes al 38,05% de la muestra son sindicadas de los homicidios, es decir, permanecen reclusos en el penal con sus procesos abiertos. Hay un número de 123 personas correspondientes al 54,42% de condenados. Por lo que no contestaron acerca de su situación judicial 17 personas correspondientes al 7,52 % de la muestra total.

**Tabla 7. Participantes / Ciudad de Aplicación.**

	Ciudad Aplicación		
	Barranquilla	Santa Marta	0
			Total

Número	173	50	3	226
%	76,55%	22,12%	1,33%	100,00%

En el 76,55% de los casos del total de la muestra las entrevistas se realizaron en la ciudad de Barranquilla, y en el 22,12% de los casos, las entrevistas se realizaron en la ciudad de Santa Marta.

**Tabla 8. Participantes / Tipo de interno.**

	Tipo de interno			
	Recluso	0	Paciente psiquiátrico	Total
	Recuento	Recuento	Recuento	Recuento
Número	166	55	5	226
%	73,45%	24,34%	2,21%	100,00%

El porcentaje de internos psiquiátricos evaluados correspondientes al 2,21% de la muestra total, fueron solamente 5 personas, y fue realizado en el CARI. (Centro de Atención y Rehabilitación Integral). La Tabla 9 presenta una comparación entre el género y el nivel de educación de cada sujeto evaluado.

**Tabla 9. Genero / Nivel de Educación**

Nivel de Educación Máximo Alcanzado	Género			
	Masculino	Femenino	Total	%
Básica Primaria	82	8	90	39,82%
Media Vocacional	47	7	54	23,89%
0	8	39	47	20,80%
Pregrado	27		27	11,95%
Pre-escolar	6		6	2,65%
Postgrado	1	1	2	0,88%
Total	171	55	226	100,00%
%	75,66%	24,34%	100,00%	

Se encontró que de los 171 hombres entrevistados que contestaron la pregunta sobre su nivel educativo, 82 hombres pertenecen a un nivel educativo de Básica Primaria y 47 hombres pertenecen a un nivel educativo de Media Vocacional

**Tabla 10. Genero / Ocupación Actual**

Género	Ocupación Actual					%
	Trabaja	0	Ninguna / Nada	Estudia	Total	
Masculino	85	28	32	26	171	75,66%
Femenino	7	44		4	55	24,34%
Total	92	72	32	30	226	100,00%
%	40,71%	31,86%	14,16%	13,27%	100,00%	

Se encontraron diferencias en cuanto a género relacionado con la ocupación actual, ya que se encontró que 85 hombres se encontraban trabajando de un total de muestra de 171 que contestaron y análogamente se encontró que 55 mujeres se encontraban trabajando de un total de muestra de 171 que contestaron. De las 226 personas que contestaron esta variable la ocupación más frecuente de los reclusos es trabajar en un 40,71% que corresponde a 92 personas.

**Tabla 11. Tipo de interno / Medicación.**

				Medicación						
				No	%	Si	%	NS / NR	Total	%
Tipo de interno	Paciente psiquiátrico	Tipo de Medicación	NS / NR	0		0	0,00	0	0	0,00
			Antidepresivo	0		0	0,00	0	0	0,00
			Antipsicótico	0		0	0,00	0	0	0,00
			Ansiolítico	0		0	0,00	0	0	0,00
			Otro	0		0	0,00	0	0	0,00
			Antidepresivo y Otro	0		0	0,00	0	0	0,00
			Antipsicótico y Ansiolítico	0		1	20,00	0	1	0,44
			Antipsicótico y Otro	0		4	80,00	0	4	1,77
	subtotal			0		5	100	0	5	2,21
	Recluso	Tipo de Medicación	NS / NR	122	100%	1	10,00	34	157	69,47
			Antidepresivo	0		1	10,00	0	1	0,44
			Antipsicótico	0		0	0,00	0	0	0,00
			Ansiolítico	0		1	10,00	0	1	0,44
			Otro	0		6	60,00	0	6	2,65
			Antidepresivo y Otro	0		1	10,00	0	1	0,44
			Antipsicótico y Ansiolítico	0		0	0,00	0	0	0,00
			Antipsicótico y Otro	0		0	0,00	0	0	0,00
	subtotal			122		10	100	34	166	73,45
	NI	Tipo de Medicación	NS / NR	0		0		55	55	24,34
	Total			122		15		89	226	100,00
%			53,98	0	6,64	0,00	39,38	100		

De las 226 personas que se entrevistaron 15 recibieron medicación para un 6,64% del total y 122 no medicados que corresponde a un 53,58 %. En el caso de los internos que se encuentran en prisión la medicación más frecuente está en un rango no especificado, lo que muestra que un solo sujeto toma antidepresivos, y otro ansiolíticos con el 10% de los 15 casos medicados. De 5 casos encontrados que se encuentran en hospitales mentales, 4 corresponden al 80% de la pequeña muestra, toman anti psicóticos y otros medicamentos adicionales.

Los hombres se encuentran viviendo en estrato bajo en un porcentaje de 75% de los 164 casos. Hay 31 reclusos que tienen reincidencia en la reclusión, corresponde al 17,13% de la muestra. En cuanto a historia familiar en la reclusión se encontró que 27 de los casos, presentan algún familiar recluso en prisión, esto tomando en consideración al padre, a la madre y a los hermanos sumados. De estos 27 casos se encontró que 23 reclusos correspondientes al 85,18% de estos, se trata de los hermanos.

El estado civil de los reclusos es Unión Libre en un porcentaje de 38.67 % y soltero el 35.6 % como dato más representativo,

### **II. A. 3. Instrumento R-CRAS versión original.**

A continuación se presentaran los detalles de contenido del R-CRAS de manera resumida en las tres fases que en éste aparte son sintetizadas y que facilitan su estudio y comprensión, de acuerdo a Rogers (1984).

“Escalas Rogers para la Valoración de la Responsabilidad Penal (R-CRAS)

Fase I- Recogida de Datos:

- ✓ Revisión de informes policiales, Declaraciones y Sumario.
- ✓ Una o varias entrevistas clínicas con el acusado focalizadas en :
  - ✓ -Antecedentes psicológicos.
  - ✓ -Antecedentes psiquiátricos
  - ✓ -Antecedentes Médicos.
  - ✓ -Conducta delictiva anterior.

- ✓ -Diagnóstico Diferencial (de los signos, síntomas y conductas)
- ✓ -Examen del Estado Mental del acusado en la época del delito.
- ✓ -Cualquier información necesaria para efectuar las valoraciones de la segunda fase o para completar los Modelos de decisión de la tercera fase.
- ✓ -Cualquier otra fuente de información y variables relevantes al caso.

Fase II - Escala de evaluación sobre variables psicológicas y situacionales. Subescalas y variables:

A.- Fiabilidad del sujeto.(2 ítems)

1. Fiabilidad de los auto-informes bajo el control voluntario del acusado.
2. Interferencias involuntarias con el informe del acusado.

B- Organicidad (5 ítems)

3. Nivel de intoxicación al momento del delito.
4. Evidencia sobre alteración o daño cerebral.
5. Relación del daño cerebral con la comisión del Delito imputado.
6. Retraso Mental.
7. Relación del Retraso Mental con la comisión del Delito imputado.

C-Psicopatología (10 ítems)

8. Conducta bizarra observable.
9. Nivel general de ansiedad.
10. Amnesia sobre el delito imputado.
11. Delirios.
12. Alucinaciones.
13. Afecto Depresivo.
14. Afecto Maníaco.

- 15. Nivel de incoherencia verbal.
- 16. Intensidad y adecuación del afecto.
- 17. Evidencia de trastorno del pensamiento formal.

D. Control Cognitivo. (4 ítems)

- 18. Preparación y planeamiento.
- 19. Concienciación de la criminalidad de la condena.
- 20. Focalización del delito (selectivo y aleatorio)
- 21. Nivel de actividad en la comisión del Delito imputado.

E. Control de la Conducta (7 ítems)

- 22. Conducta social responsable durante la semana anterior al Delito imputado.
- 23. Auto-control auto-informado por el sujeto.
- 24. Estimación del auto-control del acusado por parte del evaluador.
- 25. Relación de la pérdida de control con la psicosis.
- 26. Alteración del Razonamiento.
- 27. Alteración de la conducta.
- 28. Alteración del juicio de realidad.

(Fuera de subescala)

- 29. Capacidad para auto-cuidarse.
- 30. Concienciación de la maldad del acto.

Fase III. Aplicación de los Modelos de Decisión:

Se facilitan modelos de decisión en forma de árboles de decisión, que incluyen preguntas y respuestas si y no, utilizando las puntuaciones de las sub-escalas e ítems PSV para las siguientes pruebas legales.

-Modelo ALI

-Modelo M<sup>^</sup>Naghten.

-Modelo GBMI

Se incluye información adicional sobre estudios de casos, ejemplo y cualquier otra duda en la aplicación del modelo.

### ***II. A. 3. 1. Identificación de las variables.***

Se realizará una presentación resumida de las variables de acuerdo con las definiciones encontradas en el Manual de Rogers (1984) con la traducción al español tal como fue realizada en el modelo de adaptación, la cual pretende ser fiel al texto original.

Los diversos ítems serán enumerados de acuerdo con las preguntas

#### **1) Confiabilidad del Auto –reporte del paciente bajo su control voluntario**

Se trata de establecer la exageración voluntaria o la fabricación de síntomas psicológicos. Según el autor para diferenciar los ítems 4 y 5 de la pregunta se podrían utilizar otros métodos psicológicos tales como el MMPI para obtener datos adicionales. Este fingir, claramente se presenta con el fin de evitar la responsabilidad por los supuestos crímenes.

#### **2) Interferencias involuntarias con el autoinforme del paciente.**

Esta categoría se refiere específicamente a los desórdenes los cuales involuntariamente interfieren con la confiabilidad del paciente, ejemplo: retardo mental, daño orgánico cerebral, un estado psicótico, el cual interfiere con la memoria del crimen supuesto, etc. Recomendación: Esta categoría debería ser empleada en las bases de evidencia clínica, nunca inferida.

En los casos donde esa interferencia es muy severa, el evaluador debe decidir si lleva a cabo la entrevista.

### **3) Nivel de intoxicación al momento del supuesto crimen. (Uso de alcohol o droga)**

Este ítem se refiere al uso de drogas o alcohol, resultando en la intoxicación durante el periodo dentro del cual el comportamiento criminal fue llevado a cabo. Para definir el ítem establecido por Rogers (1984), se trata de saber si la persona estaba bajo el efecto del alcohol o algún tipo de droga. Con respecto a la *responsabilidad criminal* el uso de drogas o alcohol ingeridos de manera voluntaria con el fin o la intención de hacer de hacer daño, no es motivo de exculpación.

### **4) Evidencia de daño cerebral o enfermedad.**

En el examen neurológico y neuropsicológico resulta que deberá demostrar un impedimento definitivo por una clasificación de 4 a 5. Ocasionalmente la respuesta de este ítem se retrasa mientras se realizan las consultas necesarias para averiguarlo.

Para definir el ítem establecido por Rogers (1984) se trata de averiguar si hay daño cerebral de acuerdo con la clasificación estipulada

### **5) La relación del daño cerebral con la comisión del supuesto crimen.**

En el examen neurológico y neuropsicológico resulta que deberá demostrar un impedimento definitivo por una clasificación de 4 a 5. En una alta proporción de casos este ítem no es aplicable. Para definir el ítem establecido por Rogers (1984) se trata de averiguar la relación del daño cerebral con la comisión del supuesto crimen. Este ítem rara vez presenta un rango de moderado a severo.

### **6) Retraso mental**

Administración reciente de un test de inteligencia reconocida por un psicometrista calificado que es necesario para un promedio de retraso definitivo. (Ejemplo: Wais, o Stanford Binet) por un psicólogo calificado.

Para definir el ítem establecido por Rogers (1984), se trata de averiguar si la persona presenta o no un retraso mental, de acuerdo con lo anterior.

### **7) Relación del retraso mental con la comisión del supuesto crimen.**

La pregunta corresponde al ítem 5, en medir la relación del retraso mental con el supuesto crimen. Debe anotarse que un nivel de 4, 5, 6 (retraso, moderado, severo o profundo) es necesario para puntuar este ítem en un rango clínico.

Para definir el ítem establecido por Rogers, se trata de averiguar si el retraso mental presenta o no una relación del retraso mental con la comisión del supuesto crimen.

### **8) Comportamiento observable bizarro al momento del supuesto crimen**

El examinador debe ser precavido a la hora de aprobar un comportamiento bizarro. El término clínico, es además situacional y culturalmente relativo al examinador debe ser precavido para evitar asumir los ciertos tipos de comportamiento que son en realidad bizarro. El foco debe centrarse en la apariencia completa, conducta y en lo que su comportamiento se podría clasificar entre excéntrico, con disturbios, y con un comportamiento de bases psicopatológicas.

De acuerdo al evaluador, para el entrevistador sólo debe ser tenido en cuenta el comportamiento bizarro en relación a la *responsabilidad criminal* cuando los síntomas son realmente marcados en un entorno carcelario.

### **9) Nivel general de ansiedad al momento del crimen.**

Esta es una medida completa de la ansiedad individual, integrando síntomas de tensión física, aprensividad y miedos no- específicos.

### **10) Amnesia para el supuesto crimen**

Como se enfatizó en el instrumento R-CRAS este ítem se refiere a la evaluación de la amnesia por parte del examinador y no necesariamente a la al autoinforme del paciente.

Claramente la determinación positiva de amnesia requiere la exclusión definitiva de fingir la enfermedad.

### **11) Delirios al momento del supuesto crimen.**

Los delirios representan la sintomatología más frecuente asociada con el descubrimiento de enfermedad mental. Se requiere ser cuidadoso para establecerlo: 1) que una creencia delirante existen al momento del crimen. 2) El grado de certeza que el individuo tiene en la creencia 3) El grado de influencia de su creencia en relación al pensamiento o comportamiento de otro individuo. 4) La habilidad individual para resistir la influencia del delirio sobre otro pensamiento o comportamiento.5) Que el individuo haya cometido el delito considerando el impacto del delirio.

Hay que tener en cuenta que si la persona presenta un delirio, y éste domina sus acciones al momento del supuesto crimen, desde el punto de vista psicológico, y psiquiátrico ésta persona es inimputable.

### **12) Alucinaciones al momento del supuesto crimen**

Las alucinaciones son definidas por el DSM III como “senso-percepciones sin estimulación externa del órgano sensorial relevante”. Las alucinaciones son generalmente percibidas como originarias en otras partes del cuerpo individual (detrás de la cabeza). Las caras distintivas de tales alucinaciones podrían ser de naturaleza auditiva, es especialmente importante diferenciar las alucinaciones de los “alien thoughts” (la traducción literal para el término sería pensamientos extra-terrestres, pero se refiere a los pensamientos por fuera de lo normal o pensamientos extraños).

El examinador requiere tener en cuenta: 1) La habilidad individual para ignorar las alucinaciones 2) Su habilidad para sobrellevar la presencia de la alucinación sin que esta interfiera con su comportamiento diario. 3) Que la alucinación da órdenes o no, y que éstas puedan ser resistidas y 4) Que el individuo hubiera cometido la ofensa a pesar de considerar el potencial impacto de la alucinación.

Como en el caso de los delirios, se requiere de información detallada, adicional, de la familia, testigos, para poder corroborar la presencia de actividad alucinatoria.

Según el evaluador, debido a que las alucinaciones en muchas ocasiones acompañan a los delirios, y es una sintomatología pertinente a los trastornos de tipo sicótico, tales como esquizofrenia por ejemplo, una persona que presenta alucinaciones al momento del crimen es revela un dato importante para un evaluador, que ha de evaluar si el sujeto es o no responsable criminalmente. En el caso del entorno carcelario es importante determinar como ocurre la alucinación, si ésta es fruto de las condiciones en las que se encuentra, o si es algo que presenta desde hace ya mucho tiempo.

### **13) Humor depresivo al momento del supuesto crimen**

Esta pregunta requiere la evaluación de la disforia individual y los sentimientos generales de depresión al momento del crimen. La depresión reactiva debido a la encarcelación en un juicio venidero debe ser diferenciada de la depresión durante la comisión del supuesto crimen. Esto es importante a tener en cuenta con miras a evaluar la *responsabilidad criminal*.

#### **14) Humor elevado o expansivo al momento del supuesto crimen**

El humor elevado o expansivo debe reflejar un entusiasmo no selectivo y completamente positivo o altamente injustificado de la situación individual.

#### **15) Nivel de coherencia verbal al momento del supuesto crimen**

El impedimento es solo clasificado en su base psicopatológica, no se clasifica sobre las bases de falta de educación como resultado de enfermedad mental. Se refiere a la habilidad para comunicarse de una manera confiable y racional. Esta categoría deber ser utilizada solo en las bases de evidencia clínica, nunca inferida.

#### **16) Intensidad y apropiación del afecto durante la comisión del supuesto crimen.**

Se requiere que el examinador clasifique la emoción predominante al momento del supuesto crimen, en el espacio previsto. El afecto inapropiado es utilizado para describir sentimientos emocionales los cuales son definidos incongruentes con el discurso del paciente o con la ideación. El afecto no deber ser clasificado como inapropiado si fuera manifestado en situaciones aisladas bajo stress extremo o si el paciente fuera emocionalmente frágil.

#### **17) Evidencia de desorden en el pensamiento formal al momento del supuesto crimen**

El examinador debe seguir cuidadosamente las preguntas puestas en el instrumento, también como proveer ejemplos de desorden del pensamiento formal. Esta trata del impedimento en la estructura preferible al contenido del proceso de pensamiento.

Por consiguiente, el pensamiento paranoide no es necesariamente un trastorno en el pensamiento formal, mientras la pérdida de asociaciones o el descarrilamiento podría ser evidencia definitiva de éste.

### **18) Planeando y preparando el supuesto crimen**

La pregunta está relacionada con el planeamiento y la preparación antes del delito, de un alto grado de organización o esfuerzo organizativo, o no hubo planificación de ningún tipo.

El planeamiento muestra que hubo una intención de llevar a cabo el comportamiento criminal, la preparación muestra que hay un propósito de llevar a cabo esa acción.

Esta es una pregunta fundamental para considerar y que interesa tanto a la psicología forense, como al derecho penal al tener relación directa con el tema del dolo (intención de llevar a cabo un hecho punible) en relación a la *responsabilidad criminal*.

### **19) Conciencia del comportamiento criminal durante la comisión del supuesto crimen**

El paciente comprendía lo que estaba haciendo y las consecuencias de su acción? Si lo comprendía, sabía que estaba interactuando en un comportamiento criminal? Esta pregunta debe explorar cuidadosamente temas como “no sabía lo que estaba haciendo”, o “no pude estar en un estado mental adecuado cuando lo hice”

### **20) Centrado en el crimen**

Como era la intención del paciente en escoger y seleccionar la persona u objeto y la situación de el crimen. De acuerdo al criterio del evaluador, esta pregunta aporta datos acerca del nivel de conciencia del participante.

**21) Nivel de actividad en la comisión del supuesto crimen.**

Esta pregunta se enfoca principalmente en la actividad física primaria del paciente mientras lleva a cabo el crimen actual y no en el comportamiento inmediato previo, o en sus acciones después del crimen.

**22) Comportamiento social responsable durante la semana previa a la comisión del supuesto crimen**

Esta pregunta principalmente ayuda en la evaluación del nivel de impedimento en la realización del trabajo(o para estudiantes, actividad académica) y relaciones sociales. De acuerdo al criterio del evaluador, también contribuye a dar luces sobre su estado mental al momento del crimen.

**23) Reporte del auto-control del paciente sobre el supuesto comportamiento criminal,**

**24) La evaluación del examinador del auto-control del paciente sobre el acto criminal.**

Estas son preguntas paralelas considerando el reporte del auto-control del paciente sobre el supuesto comportamiento criminal y la evaluación del examinador sobre su auto-control.

Fue realizado de esta manera para ofrecer al examinador información específica y detallada con respecto al autoinforme del paciente y compararlo con su propio autoinforme que es resultado de la integración de datos y del juicio clínico.

**25) Fue la pérdida de control el resultado de una psicosis**

Esta pregunta examina la relación de la pérdida de control del sujeto con la presencia de una psicosis.

De acuerdo al criterio del evaluador, éste ítem tiene una relación directa con la *responsabilidad criminal*, pues si la pérdida de control del sujeto se presenta a raíz de un trastorno psicótico, esta persona de acuerdo con las evaluaciones psicológicas y psiquiátricas es inimputable, y debe ir a un hospital mental en vez de a un centro de reclusión.

Las preguntas de este test están organizadas de esta manera:

- Fiabilidad (ítems 1, 2): Se trata de evaluar la fiabilidad del auto-informe.
- Organicidad: (ítems 3, 4 ,5 ,6 ,7): Se trata de evaluar si se presenta algún defecto orgánico.
- Psicopatología: (8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17): Se trata de evaluar, si hay trastornos mentales, en relación a sintomatología psiquiátrica y/o psicológica a este nivel.
- Control de la conducta (18, 19, 20, 21): Se trata de averiguar si hay fallas se han evidenciado a nivel de control de la conducta.
- Control cognitivo (22, 23, 24, 25): Se trata de averiguar los posibles fallos en relación a su control cognitivo.

### ***II.A.3.2 Instrumento R-CRAS modificado por Mebarak y Jiménez (2009)***

A continuación se presentan las variables del instrumento modificado con las preguntas generales previas al protocolo acerca de antecedentes legales, psicológicos y médicos

- 1) Situación judicial actual
- 2) Tipo de interno
- 3) Rango de Edad
- 4) Genero
- 5) Nivel de Educación máximo alcanzado
- 6) Estrato
- 7) Estado Civil
- 8) Reincidencia en la reclusión
- 9) Ocupación anterior
- 10) Ocupación actual

- 11) Tipo de Delito
- 12) Tipo de Arma Utilizada
- 13) Tipo de interno
- 14) Medicación
- 15) Tipo de Medicación
- 16) Ha sido el padre recluso por algún delito
- 17) Ha sido la madre reclusa por algún delito
- 18) Ha sido alguno de los hermanos reclusos
- 19) Antecedentes neuropsiquiátricos familiares

## TEST

- 1) Confiabilidad del auto- reporte del paciente bajo su control voluntario.
- 2) Interferencias involuntarias con el autoinforme del paciente.
- 3) Los resultados de pruebas aplicadas anteriormente para evaluar trastornos de personalidad indican la presencia de algún tipo de trastorno psicológico.
- 4) Nivel de intoxicación con drogas al momento del supuesto crimen
- 5) Nivel de intoxicación con alcohol al momento del supuesto crimen.
- 6) Nivel de intoxicación con algún tipo de remedio o medicina (sin prescripción) al momento del crimen.
- 7) Evidencia de daño cerebral o alteración.
- 8) Relación del daño cerebral con la comisión del supuesto crimen.
- 9) Retraso mental: Administración reciente de un test de inteligencia reconocida por un psicometrista calificado que es necesario para un promedio de retraso definitivo.
- 10) Relación del retraso mental con la comisión del supuesto crimen
- 11) Comportamiento observable bizarro al momento del supuesto crimen.
- 12) Nivel general de ansiedad al momento del supuesto crimen
- 13) Amnesia para el supuesto crimen: Esto se refiere a la evaluación de la amnesia del examinador, no necesariamente el paciente haya reportado amnesia.
- 14) Delirios al momento del supuesto crimen.
- 15) Alucinaciones al momento del supuesto crimen.
- 16) Humor depresivo al momento del supuesto crimen.
- 17) Humor elevado o expansivo al momento del supuesto crimen
- 18) Nivel de coherencia verbal al momento del supuesto crimen
- 19) Intensidad y apropiación del afecto durante la comisión del supuesto crimen
- 20) Existencia de desorden en el pensamiento formal al momento del supuesto crimen.
- 21) Fue planeado y preparado el supuesto crimen
- 22) Conciencia del comportamiento criminal durante la comisión del supuesto crimen.
- 23) Intención del paciente en escoger y seleccionar la persona u objeto y la situación del crimen.
- 24) Nivel de actividad en la comisión del supuesto crimen.

- 25) Comportamiento social responsable durante la semana previa a la comisión del supuesto crimen.
- 26) Comportamiento social responsable durante un mes antes de la comisión del supuesto crimen
- 27) Comportamiento social responsable durante 6 meses antes de la comisión del supuesto crimen.
- 28) Reporte del auto- control del paciente sobre el supuesto acto criminal.
- 29) Evaluación del examinador del auto-control del paciente sobre el supuesto acto criminal
- 30) Fue la pérdida de control el resultado de una psicosis no inducida por drogas.
- 31) Fue la pérdida de control el resultado de una psicosis inducida por drogas.
- 32) El sujeto pudo comprender la ilicitud de su acto.
- 33) En el evento de comprender la ilicitud del hecho el sujeto pudo comportarse de acuerdo con esa comprensión.

### ***II.A.3.3 Identificación de las variables a partir de las modificaciones al Test Original.***

Posteriormente se presentan las nuevas variables que se le agregaron al R-CRAS con su modificación actual, éstas a su vez son divididas en dos partes:

La primera parte consiste en información previa, específica de los participantes, de interés para un evaluador en psicología o psiquiatría forense, que contribuye a una mayor comprensión de este, y las modificaciones propias de la segunda parte corresponden directamente al protocolo desde el momento en que este se inicia.

Por tanto se explicaran solamente las nuevas variables, pues las otras ya se encuentran contempladas en el test original.

De acuerdo con las modificaciones realizadas el test puede entonces dividirse en dos partes:

### **II. A. 3. 3. 1. DATOS GENERALES:**

Estos consisten en información general de interés para el evaluador forense, son 19 preguntas relacionadas con la historia clínica del sujeto, y con otras variables específicamente forenses que se agregaron al instrumento original:

1) Situación judicial actual:

La situación judicial consiste en conocer si el sujeto se encuentra sindicado o condenado por el crimen que se le imputa.

2) Tipo de interno: Consiste en poder determinar si el interno es un recluso o un paciente que debido a presentar una defensa de inimputabilidad se encuentra en un hospital psiquiátrico debido a un homicidio.

3) Rango de Edad: Consiste en poder determinar la edad de cada participante, organizada por rangos.

4) Género: Se trata de explicitar claramente si la persona que está siendo evaluada es un hombre o una mujer.

5) Nivel de Educación máximo alcanzado: Se trata de conocer cuál es el grado de educación de los diversos participantes.

6) Estrato: El estrato se refiere a la ubicación geográfica donde el sujeto vive, y nos da referencias acerca de su situación socio-económica.

7) Estado Civil: El estado civil consiste en conocer la condición que el sujeto tiene frente a una pareja en relación a si está casado, o vive en uno libre, o en caso de no ser así que aclare su condición.

8) Reincidencia en la reclusión: Consiste en poder determinar si el sujeto había estado recluso antes en la prisión.

- 9) Ocupación anterior: Consiste en poder determinar cuál era la ocupación del sujeto antes de ingresar a la reclusión.
- 10) Ocupación actual: Se trata de poder conocer cuál es la ocupación que actualmente tiene en el sitio de reclusión.
- 11) Tipo de Delito: Consiste en conocer acerca del tipo de delito, en la cual a sido sindicado o condenado el sujeto evaluado.
- 12) Tipo de Arma Utilizada: Consiste en poder conocer acerca del tipo de arma empleada en la comisión de los delitos, en los casos donde hay confirmación del homicidio, o de la tentativa de este.
- 13) Tipo de interno: Se trata de poder conocer si el interno es un recluso, o un paciente psiquiátrico fundamentalmente.
- 14) Medicación: Se trata de poder saber si la persona que se esta evaluando a sido medicada.
- 15) Tipo de Medicación: Si la respuesta a la variable anterior es afirmativa, resulta de interés conocer cuál es el tipo de medicación que la persona está tomando.
- 16) Ha sido el padre recluido por algún delito: Se trata de conocer acerca de si su padre había estado recluido anteriormente por acusaciones sobre un delito.
- 17) Ha sido la madre recluida por algún delito: Se trata de conocer acerca de si la madre había estado recluida anteriormente por acusaciones sobre un delito
- 18) Ha sido alguno de los hermanos recluidos: Se trata de conocer sobre si alguno de los hermanos había estado recluido anteriormente por algún delito.
- 19) Antecedentes neuropsiquiátricos familiares.: Se trata de poder determinar si existen antecedentes desde la neuro-psiquiatria familiar que puedan ser mencionados.

### **II. A. 3. 3. 2. PREGUNTAS PROPIAS DEL PROTOCOLO.**

Las siguientes anotaciones corresponden a las *preguntas propias del protocolo R-CRAS* modificado por Mebarak y Jiménez (2009) explicando sólo los cambios realizados al instrumento original al interior de éste. Con las modificaciones realizadas, las preguntas de este test están organizadas de esta manera:

- **Fiabilidad** (ítems 1, 2): Se trata de evaluar la fiabilidad del auto-informe.
- **Organicidad:** (ítems 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10): Se trata de evaluar si se presenta algún defecto orgánico.
- **Psicopatología:** (11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18,19, 20): Se trata de evaluar, si hay trastornos mentales, en relación a sintomatología psiquiátrica y/o psicológica a este nivel.
- **Control de la conducta** (21, 22, 23, 24, 25, 26, 27): Se trata de averiguar si hay fallas se han evidenciado a nivel de control de la conducta.
- **Control cognitivo** (28, 29, 30, 31, 32, 33): Se trata de averiguar los posibles fallos en relación a su control cognitivo.

Estas consideraciones finales correspondientes a las preguntas 32 y 33 que apuntan *específicamente* a el cuestionamiento acerca de la *responsabilidad criminal* del recluso, no pueden ser tenidas en consideración por el evaluador a menos que haya cumplido con toda la información exigida por el R-CRAS, y haya completado la evaluación forense, con todas las exigencias y el rigor de esta.

### **II. A. 4. Procedimiento.**

En la primera parte de la muestra de 45 personas la investigación se centró en personas adultas que habían cometido Homicidio, tanto en caso de sindicados como condenados, que se encuentran

recluidos en la Cárcel Modelo de Barranquilla (hombres) y en la Penitenciaría del Buen Pastor (mujeres) entre los meses de agosto y noviembre del 2.007.

Para la investigación fue necesario contar con el auxilio del Departamento de Investigación y Desarrollo de la cárcel Modelo de Barranquilla, y de la trabajadora social de la Penitenciaría del Buen Pastor.

También fue necesario asistir diariamente a la reclusión durante varias horas, no solo para poder entrevistar a los participantes, sino con el fin de conocer mejor el particular entorno del sistema carcelario, y familiarizarse con las creencias, valores y la forma particular de cómo los reclusos conviven.

En la segunda fase de la investigación, con el fin de conseguir evaluar la muestra total de 226 personas que se presenta en esta Tesis Doctoral, se visitó la Cárcel Modelo de Barranquilla de nuevo, además de la Cárcel del Buen Pastor, y la Cárcel del Bosque, que quedan ubicadas en la misma ciudad.

También, se pudieron realizar evaluaciones en la Cárcel Modelo de la ciudad de Santa Marta, que queda situada en la Costa Atlántica Colombiana (a dos horas de distancia de Barranquilla) ciudad donde se realizaron los primeros estudios. Esto ocurrió a partir de junio de 2008 hasta noviembre del 2009.

Para esto fue necesario contar con la presencia de tres evaluadores, dos de ellos con título de Especialistas en Psicología Forense, y una de ellas Especialista en Psicología Clínica.

Aquellos especialistas en Psicología Forense, fueron enviados a las prisiones de Barranquilla y Santa Marta, y la persona especialista en Psicología Clínica fue enviada al CARI (Centro de Atención y Rehabilitación integral) con el fin de evaluar aquellos pacientes que estuvieran internos con un cargo de homicidio, y que se hubieran declarado inimputables por razones de enfermedad mental.

Todos ellos fueron debidamente entrenados y supervisados de acuerdo con los requerimientos del instrumento.

#### ***II.A.4.1. Dificultades con la adaptación del R-CRAS.***

La principal dificultad que se presentó para poder adaptar el instrumento en Colombia, es que éste incluye unos modelos de decisión basados en leyes anglosajonas, que corresponde a las cuatro preguntas finales del R-CRAS. Esto, debido a que el sistema jurídico Colombiano es diferente a aquel en el que está basado el instrumento original, se considera que no es posible aplicar estos modelos de decisión que trae consigo el instrumento en nuestro país, por tanto estos fueron omitidos, y se evaluó el concepto de *responsabilidad criminal* sin tener estas importantes preguntas en cuenta que responden a otros sistemas Jurídicos. Debido a que el objetivo del instrumento se encuentra centrado en si la persona es o no responsable criminalmente de acuerdo con la ley, se considera que el no incluir estos puntos fundamentales puede ser un obstáculo para su adaptación en Colombia. Con el fin de subsanar esta primera dificultad de la investigación en el (2009) se consulto con legisladores especialistas en Derecho Penal, con el fin de poder organizar dos preguntas acordes al Modelo Legal Colombiano, que comparativamente resultan útiles para el evaluador, pues específicamente apuntan a evaluar lo referente a la *responsabilidad criminal* del

sindicado o condenado por el delito de homicidio, de acuerdo al criterio del evaluador, y con las limitaciones que trae consigo.

Otra dificultad es que no se tuvieron en cuenta en la primera investigación factores educativos, culturales y sociales que hubieran contribuido, a la hora de proceder a la adaptación de la prueba, a cambios en la terminología utilizada, esto también fue tenido en consideración por los evaluadores en el año 2009 e influyó en la posterior adaptación del instrumento.

#### ***II. A. 4. 2. Dificultades con la consecución de la población***

Se presentaron en el 2008 algunas dificultades para poder entrevistar a los primeros 45 participantes, debido a varios motivos: en primer lugar las condiciones de guerra interna del país conllevan a que se requiera de una orden judicial para poder acceder a la cárcel. Pero la principal dificultad se presentó al llamar a los participantes, 55 personas condenadas o sindicadas por homicidio, no quisieron ni siquiera responder al llamado del vigilante para acceder al encuentro con el investigador.

Otros muchos, aproximadamente, unas 30 personas a pesar de llegar a la oficina donde se realizaría la evaluación del instrumento, al conocer de qué se trataba el instrumento y el tipo de preguntas que se realizarían, estos optaban por no contestar.

También hubo unos 5 o 6 casos de personas que accedieron, aunque no sin cierta resistencia.

La experiencia anterior, nos había provistos de contactos al interior de estas, por lo que se pudo en el 2009 conseguir que personal especializado en Psicología Forense, consiguiera ingresar a estas instituciones. A pesar de esto, la experiencia siguió siendo complicada para el ingreso de algunas

donde no se tenían contactos directos, tales como la Cárcel Distrital del Bosque en Barranquilla, caracterizada por la gran cantidad de delincuentes comunes y pandilleros que se encuentran allí.

El otro problema importante es que la comparación inicial que se pretendía realizar con pacientes psiquiátricos, no fue posible, dado que existen menos de 10 casos en toda la Costa Atlántica Colombiana, de personas que han cometido homicidio y se encuentran internadas en psiquiátricos siendo inimputables por enfermedad mental. La muestra por ende tuvo que ser realizada con reclusos principalmente.

Otro inconveniente que se presentó es que de la muestra inicial el 59 % estaban relacionados con el conflicto armado colombiano, por lo que se pretendía en esta segunda toma de muestra, reducir el número de participantes del conflicto armado colombiano lo cual se logró como se ve reflejado en los análisis estadísticos.

La muestra en términos generales resulta bastante difícil, dado que el ambiente de las cárceles no permite fácilmente esto.

#### ***II.A.4.3 Dificultades con la consecución de archivos legales o documentos de utilidad.***

Se solicitó un permiso para poder acceder a estos documentos pero no hubo respuesta del INPEC (Instituto Penitenciario de Colombia). Por tanto el ingreso fue permitido a través de una notificación legal por parte de un Juez Colombiano, estrictamente para completar el instrumento pero sin permitir el acceso a estos documentos.

En la segunda fase de la investigación en el 2009, tampoco se pudo tener acceso a este tipo de información. pues permanecían las mismas políticas gubernamentales, y de seguridad nacional. Aún

hoy, Septiembre 12 del 2010, no llega la respuesta a la carta que se solicito al INPEC hace ya 3 años.

## **II. B. RESULTADOS.**

Vamos a seguir el siguiente orden en la presentación de los resultados:

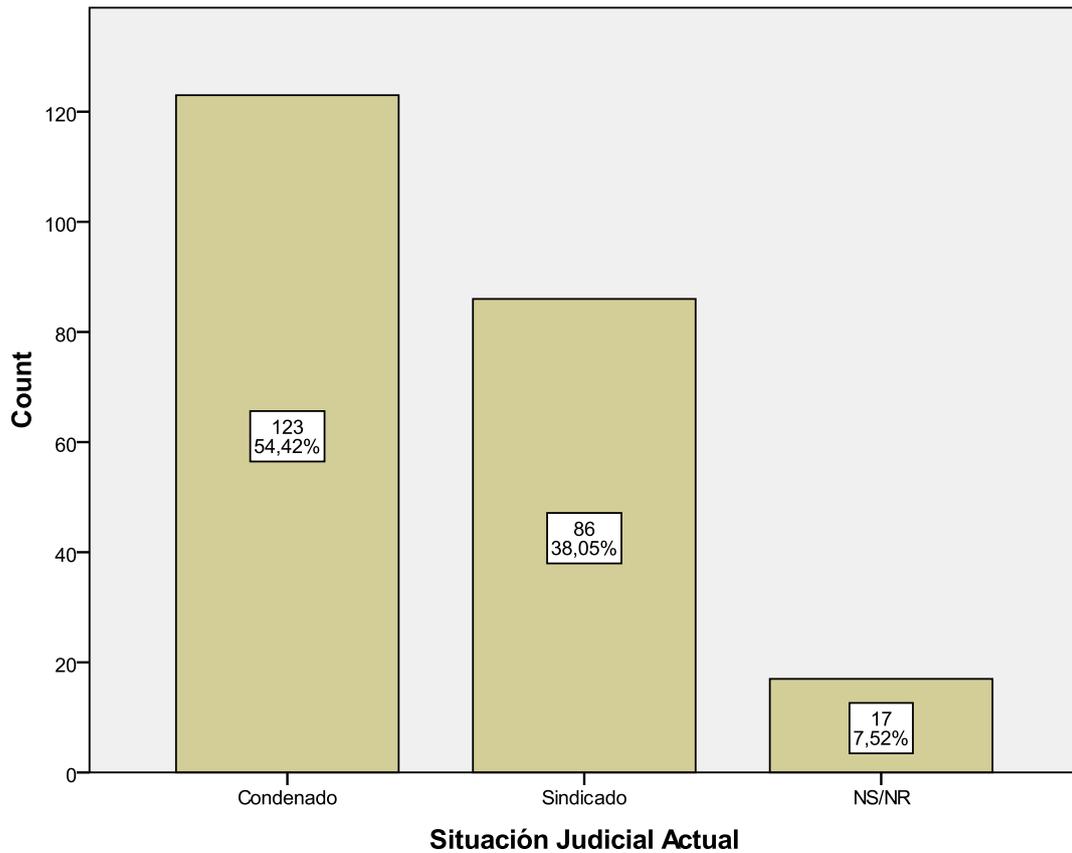
### ***II.B.1.- Descripción de las variables categóricas que se corresponden con las variables independientes de la muestra de los internos en las cárceles colombianas.***

Las variables categóricas, correspondientes con la información general, correspondiente al cuestionario demográfico, concerniente a la *responsabilidad criminal* que se presentaran a continuación, corresponden, en su orden a: situación judicial actual, tipo de interno, rangos de edad, Genero, nivel de educación máximo alcanzado, estrato, estado civil, reincidencia en la reclusión, ocupación actual, tipo de delito, tipo de arma utilizada, medicación, tipo de medicación, ha sido el padre recluso por algún delito, ha sido la madre reclusa por algún delito, ha sido alguno de los hermanos reclusos, antecedentes neuropsiquiátricos familiares.

Hemos optado por presentar las variables categóricas, correspondiente a la muestra de los internos, por medio de sus gráficas, realizando un breve comentario destacando lo más relevante.

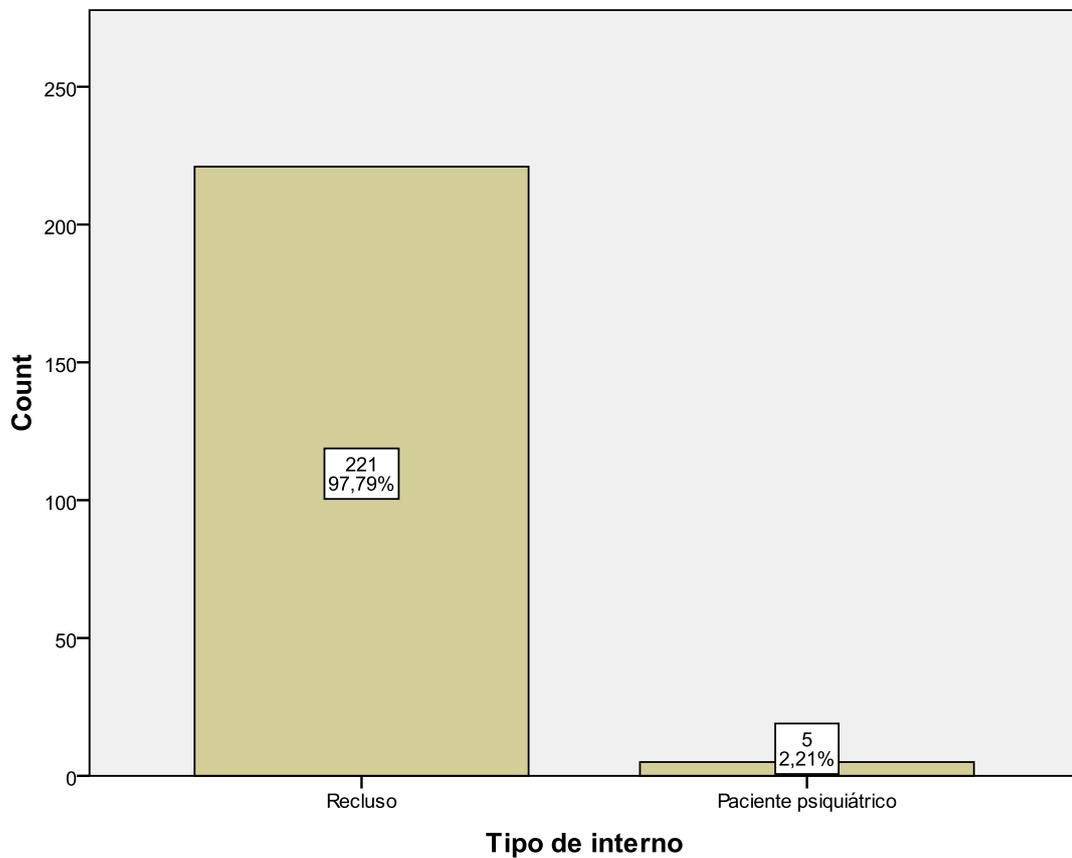
Las variables específicas del protocolo R-CRAS con las modificaciones realizadas por Mebarak y Jiménez, (2009) corresponden en su orden a: 1) Confiabilidad del autoinforme del paciente bajo su control voluntario. 2) Interferencias involuntarias con el autoinforme del paciente. 3) Los resultados de pruebas aplicadas anteriormente para evaluar Trastornos de Personalidad indican la presencia de algún tipo de trastorno psicológico. 4) Nivel de intoxicación con Drogas alucinógenas al momento del crimen. 5) Nivel de intoxicación con Alcohol al momento del crimen. 6) Nivel de Intoxicación con algún tipo de remedio o medicina al momento del crimen. 7) Evidencia de daño cerebral o alteración. 8) Relación del daño cerebral con la comisión del supuesto crimen. 9) Retraso Mental:

Administración reciente de un test de inteligencia. 10) Relación del retraso mental con la comisión del supuesto crimen. 11) Comportamiento observable bizarro al momento del supuesto crimen. 12) Nivel General de Ansiedad al momento del supuesto crimen. 13) Amnesia para el supuesto crimen. 14) Delirios al momento del supuesto crimen. 15) Alucinaciones al momento del supuesto crimen. 16) Humor depresivo al momento del supuesto crimen. 17) Humor elevado o expansivo al momento del supuesto crimen. 18) Nivel de coherencia verbal al momento del supuesto crimen. 19) Intensidad y apropiación del afecto durante la comisión del supuesto crimen. 20) Evidencia del desorden del pensamiento formal al momento del supuesto crimen 21) Planeando y preparando el supuesto crimen. 22) Conciencia del comportamiento criminal durante la comisión del supuesto crimen. 23) Centrado en el crimen. 24) Nivel de actividad en la comisión del supuesto crimen. 25) Comportamiento social responsable durante la semana previa a la comisión del supuesto crimen. 26) Comportamiento social responsable durante un mes antes de la comisión del supuesto crimen. 27) Comportamiento social responsable durante seis meses antes de la comisión del supuesto crimen. 28) Reporte del auto-control del paciente sobre el supuesto comportamiento criminal. 29) La evaluación del examinador del auto-control del paciente sobre el acto criminal. 30) Fue la pérdida de control el resultado de una psicosis no inducida por drogas? 31) Fue la pérdida de control el resultado de una psicosis inducida por drogas. 32) Desde el punto de vista de la psicología o la psiquiatría forense, el sujeto pudo comprender la ilicitud de su acto al momento del supuesto crimen? 33) En el evento de *comprender la ilicitud del hecho*, el sujeto *pudo comportarse* de acuerdo a esa comprensión?



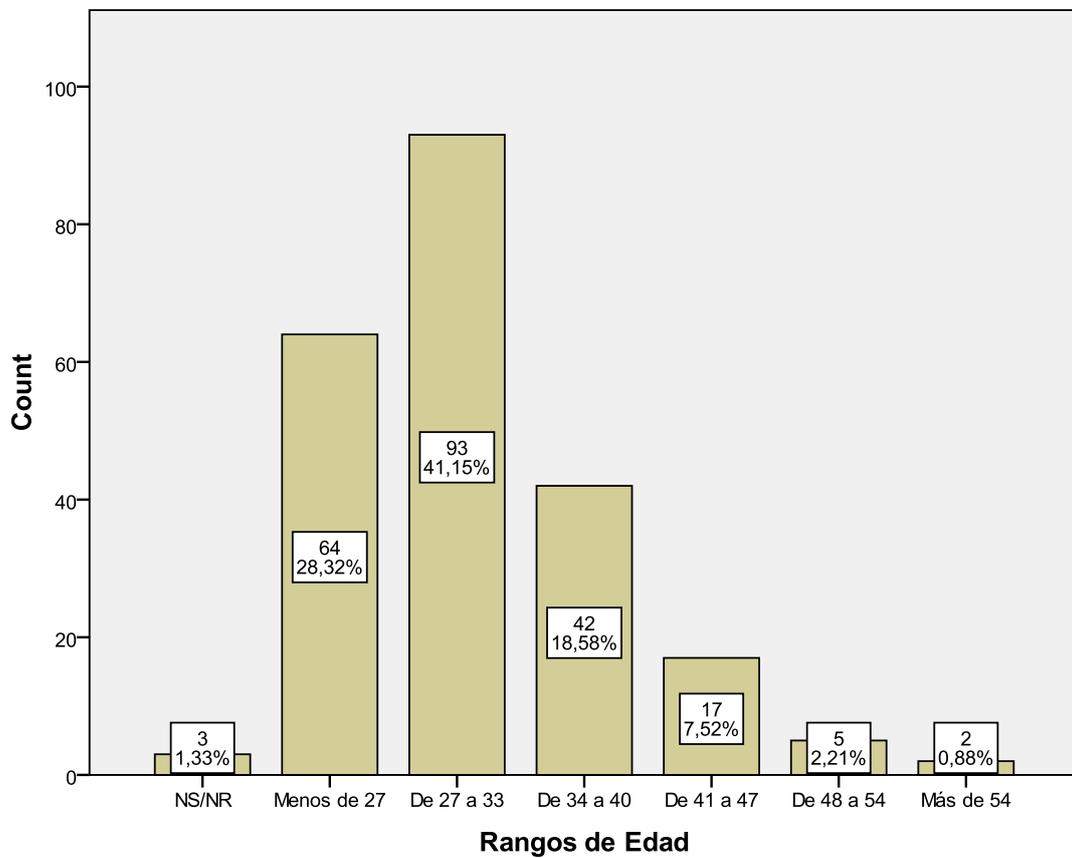
**Gráfica 1. Situación judicial.**

De acuerdo a como se presenta esta Gráfica 1 se puede apreciar como el 54,42 % de la muestra corresponde a sujetos condenados por delitos de homicidio, y el 38,05 % corresponde a sindicados o reclusos que se encuentran internados a espera de juicio, no tienen condena en firme.



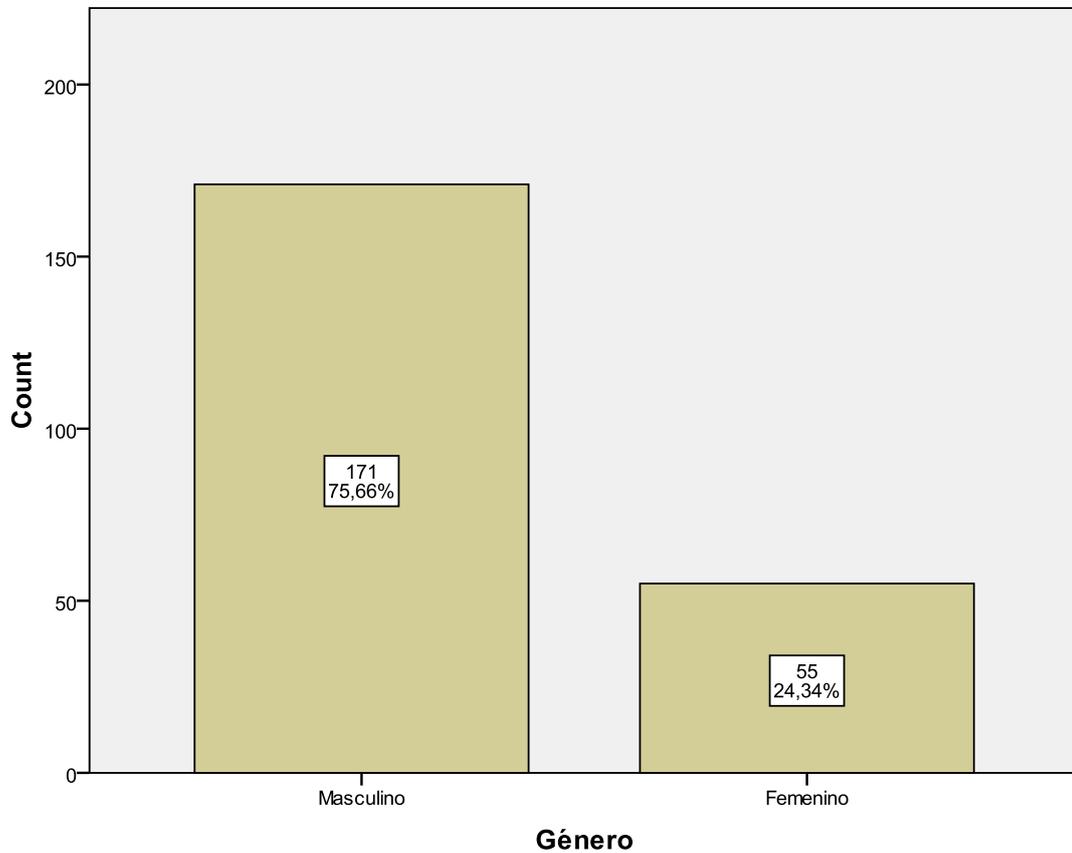
**Gráfica 2. Tipo de interno**

De acuerdo a la Gráfica 2, el 97,79% de los casos, que corresponde a la muestra total, son reclusos, por lo que solo el 2,21% corresponde a pacientes psiquiátricos. Este último dato estadístico tan pequeño corresponde a la poca frecuencia de casos donde las personas estaban acusadas de homicidio, pero que se encontraban retenidas en centros psiquiátricos a razón de enfermedad mental.



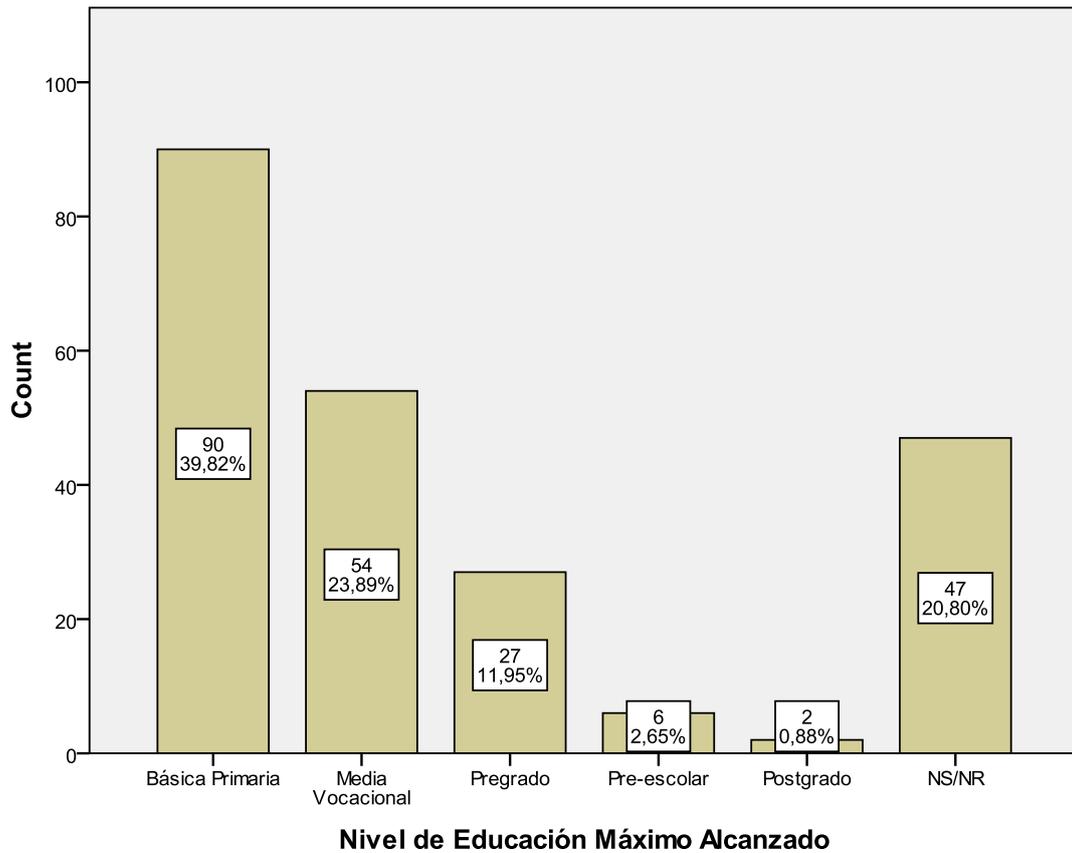
**Gráfica 3. Rangos de edad de los reclusos**

El dato más representativo de la Gráfica 3 muestra como el 41,15% de la muestra total se encuentra entre los 27 y los 33 años de edad. Es decir, la población de personas evaluadas es joven en su gran mayoría. Solamente se encontraron en total 7 personas mayores de 48 años, que equivale a un total de 3,1 %. Pero es interesante observar también el 28,32% de jóvenes por debajo de los 27 años.



**Gráfica 4. Género.**

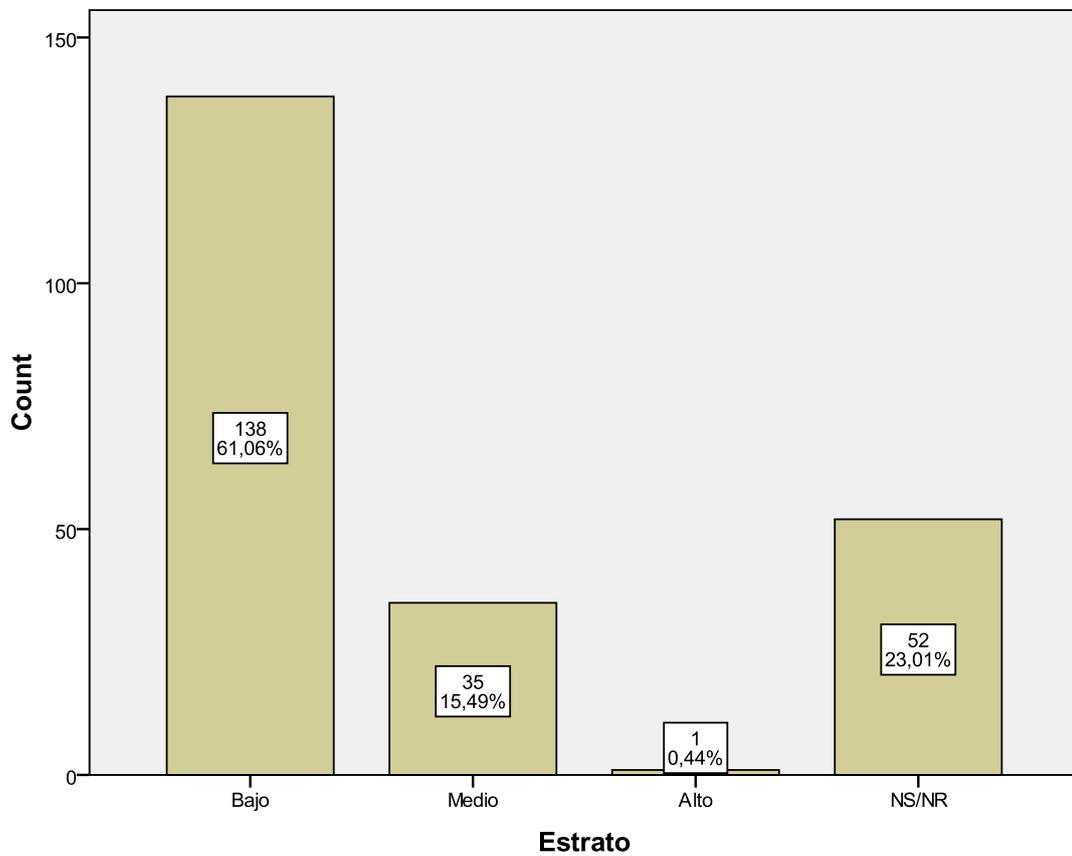
La población evaluada que se presenta en la Gráfica 4 corresponde en un 75,66% a hombres y a un 24,34 % de mujeres. Este dato refleja cómo la mayoría de las personas entrevistadas en casos de homicidio en Colombia corresponde al género masculino .Solo se presentó un caso aislado donde no se escribió ninguna respuesta en el apartado.



**Gráfica 5. Nivel de educación máximo alcanzado**

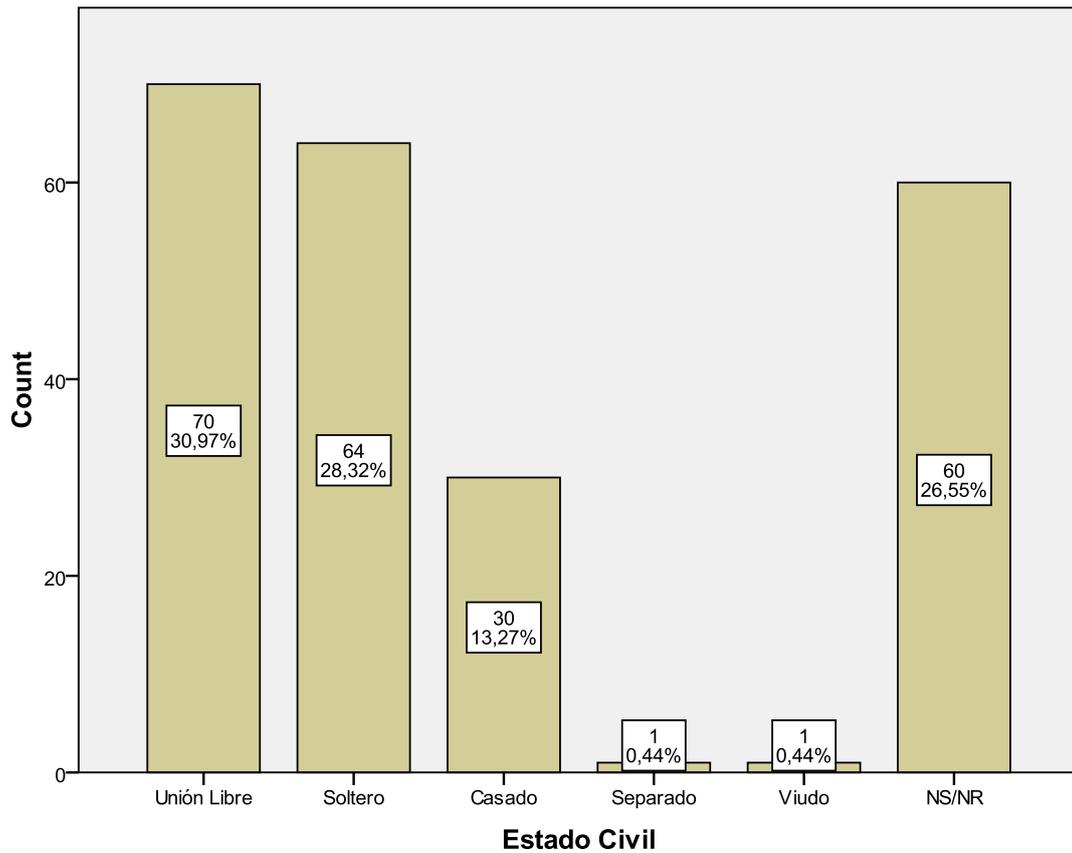
De estos datos presentados en la Gráfica 5 es relevante anotar como de las 226 personas evaluadas, solamente un 0,88% realizaron estudios de post-gradado, y solamente 27 personas, correspondientes al 11,95% de la población, realizaron estudios de pregrado.

Además, también podemos observar el hecho de que el 39,82% de los evaluados han llegado solamente a un nivel de básica primaria, muestra claramente el muy bajo nivel educativo que presentan estas personas.



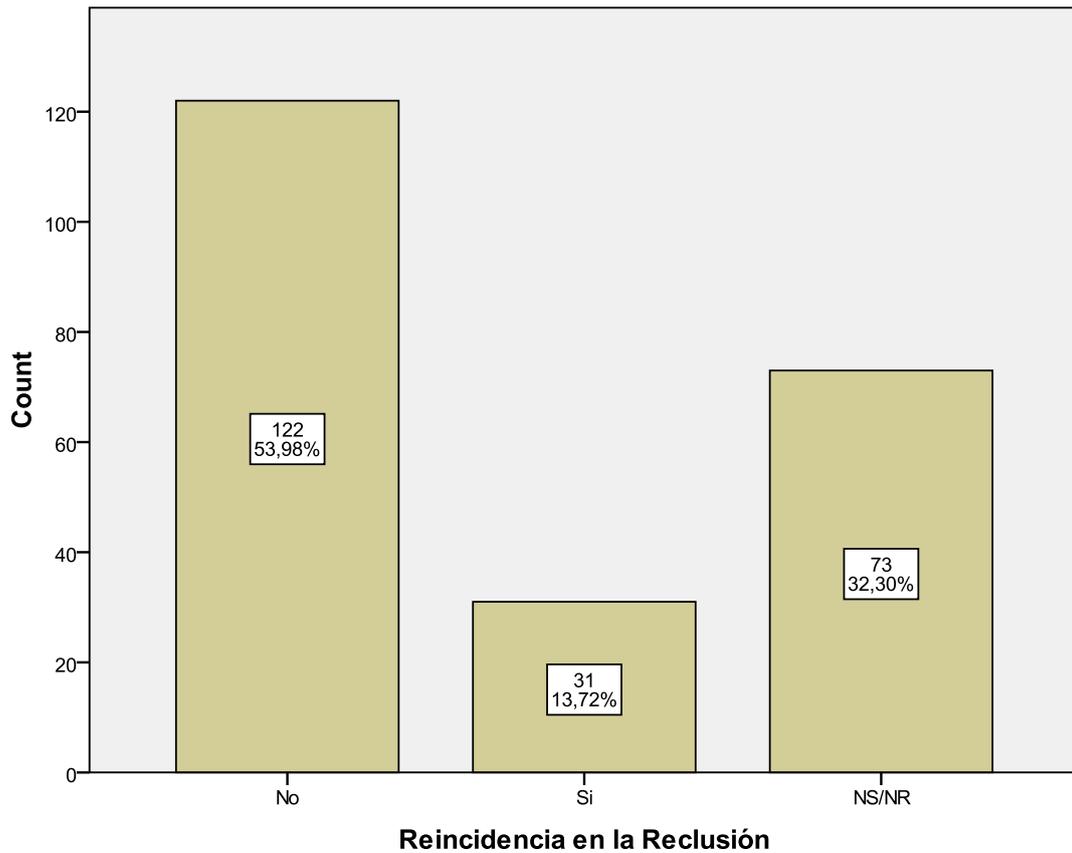
**Gráfica 6. Estrato social de los internos.**

Esta Gráfica 6 muestra que más del 61% de la población se encuentra viviendo en un estrato bajo, lo cual es un dato significativo, pues muestra la pobreza en la que viven, además del hecho importante de cómo son las personas con estratos bajos las que se encuentran principalmente en los centros de reclusión colombianos. De las 174 personas que contestaron a esta variable, solo 1 pertenece a un estrato alto, es decir correspondiente al 0.44% de la población.



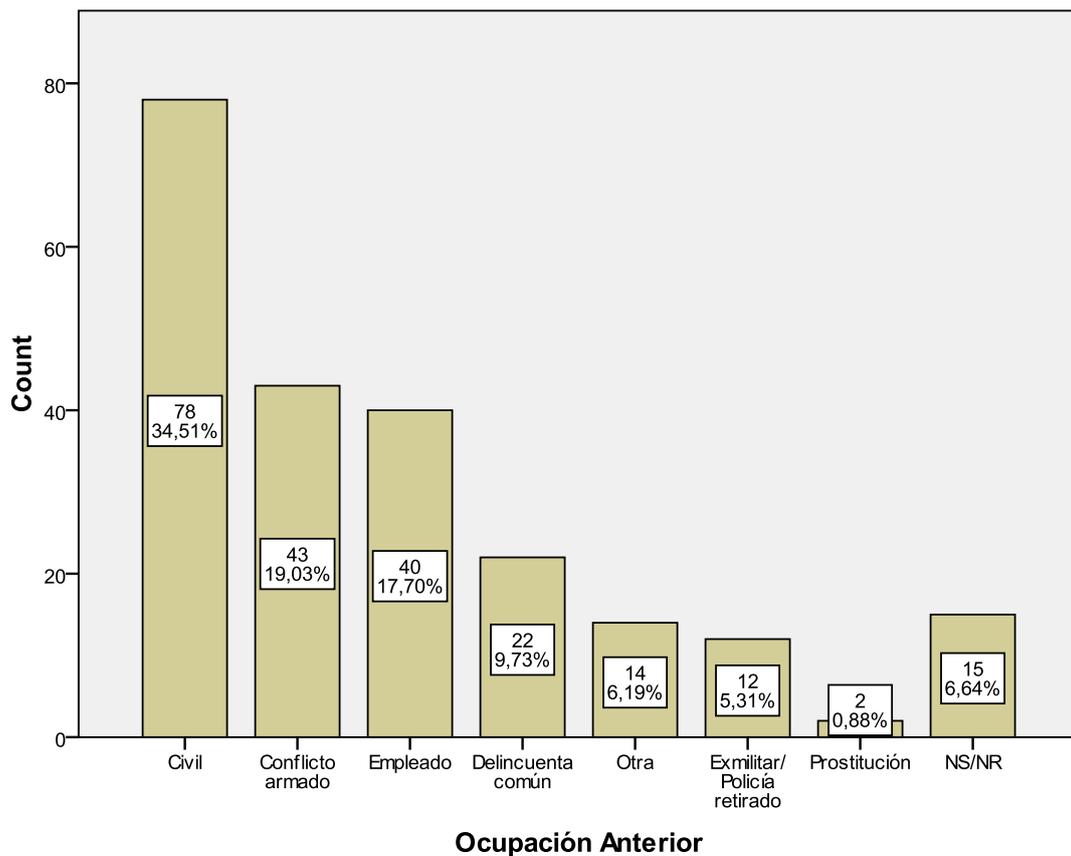
**Gráfica 7. Estado Civil**

Esta Gráfica 7 muestra cómo la mayoría de la población, que tiene una pareja entre la población evaluada, convive en Unión Libre con el 30,97% y solamente un 13,27 % de la población evaluada se ha casado.



**Gráfica 8. Reincidencia en la reclusión.**

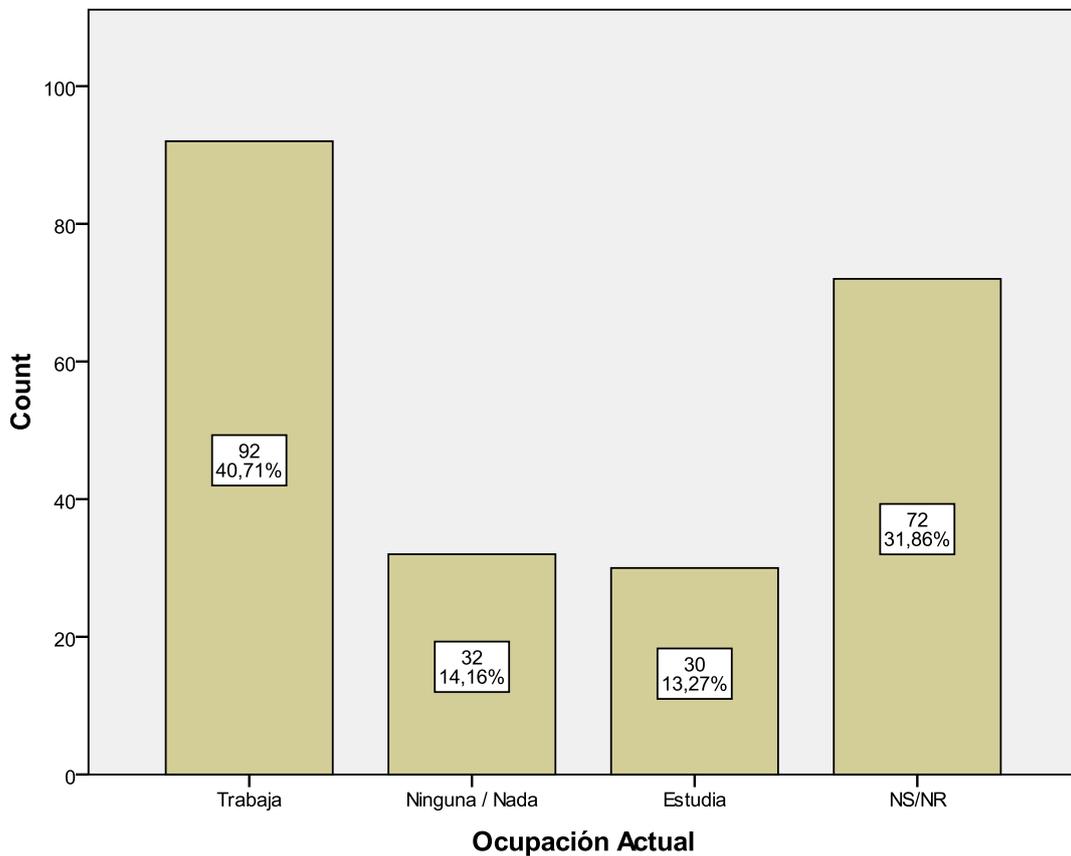
Esta variable de la Gráfica 8 causó alguna resistencia para ser contestada por algunos penados. Fueron 153 personas las que, de una u otra manera, no quisieron responder. Solamente el 13,72% de esta muestra, habían estado antes reclusos en la prisión.



**Gráfica 9. Tipo de trabajo que realizaba antes del ingreso en prisión.**

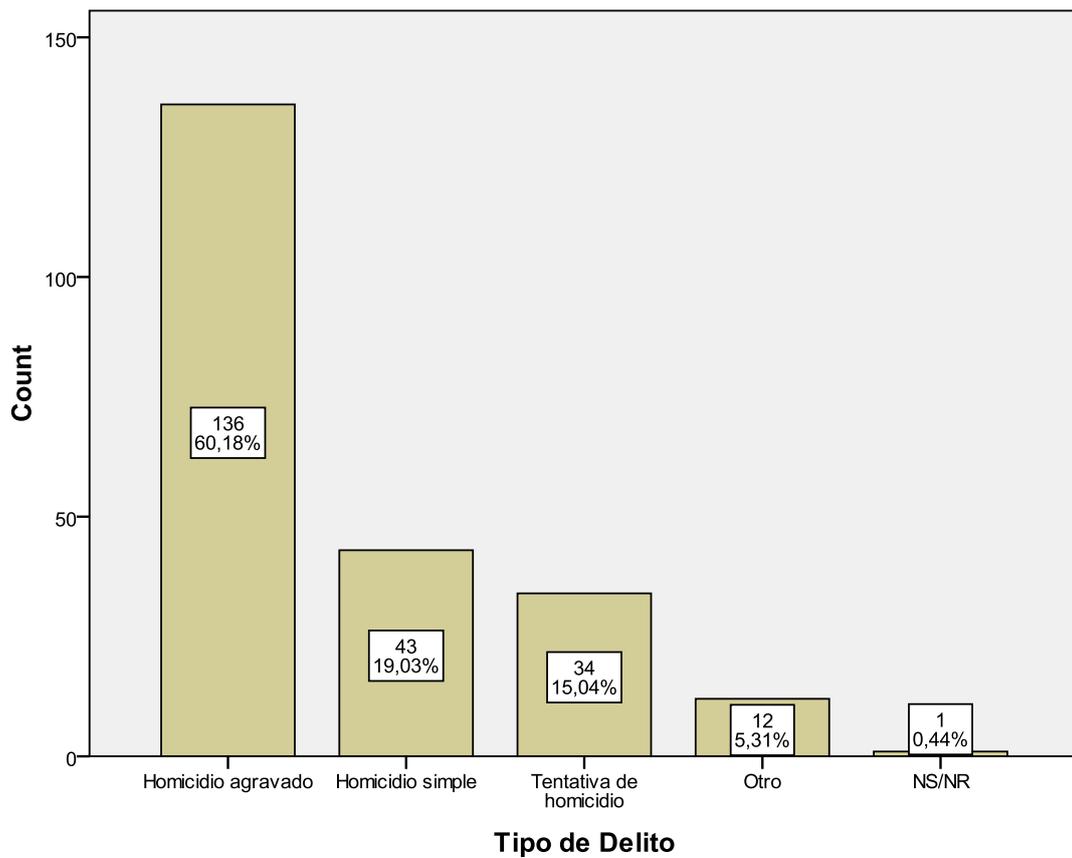
De acuerdo con los datos mostrados en la Gráfica 9, en cuanto a la ocupación anterior que realizaban las personas evaluadas, se observa que el 34,51% de los casos han realizado trabajos pertenecientes a aspectos civiles, es decir trabajos comunes y corrientes.(carpinteros, tenderos, vendedores). Aunque a los investigadores se les solicitó que no entrevistaran personal perteneciente al Conflicto Armado Colombiano, la dificultad de realización de la muestra, conllevó a que se entrevistara en algún grado este tipo de personal. Por lo que se pudo comprobar anteriormente, el

porcentaje de personas pertenecientes al Conflicto Armado Colombiano, que están actualmente en reclusión, es mucho mayor que el que revela esta gráfica.



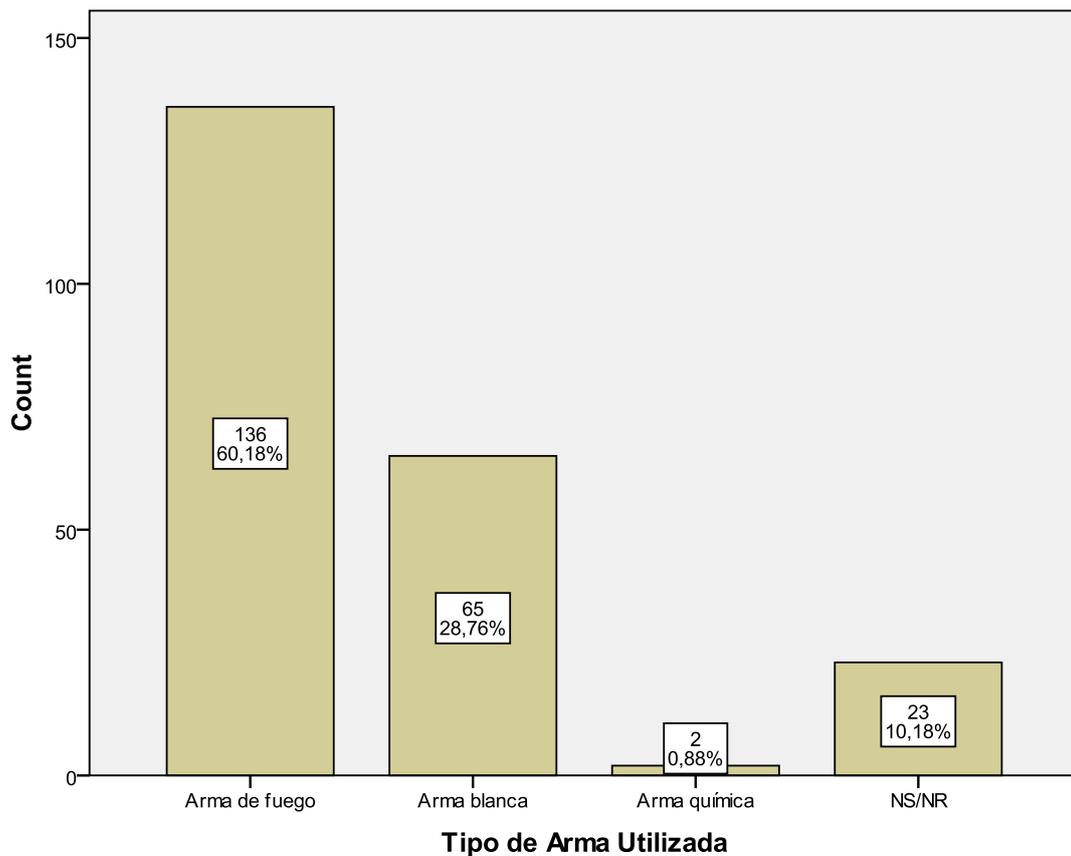
**Gráfica 10.Ocupación actual.**

Actualmente, de acuerdo a la evaluación de la Gráfica 10 se puede decir que el 40,71 % de los evaluados trabaja, por lo que es interesante ver como los sujetos que contestaron la entrevista se encuentran ocupados. No deja de ser problemático, cara a una reinserción social, que el 14,16 % de estas personas actualmente no realizan ninguna ocupación.



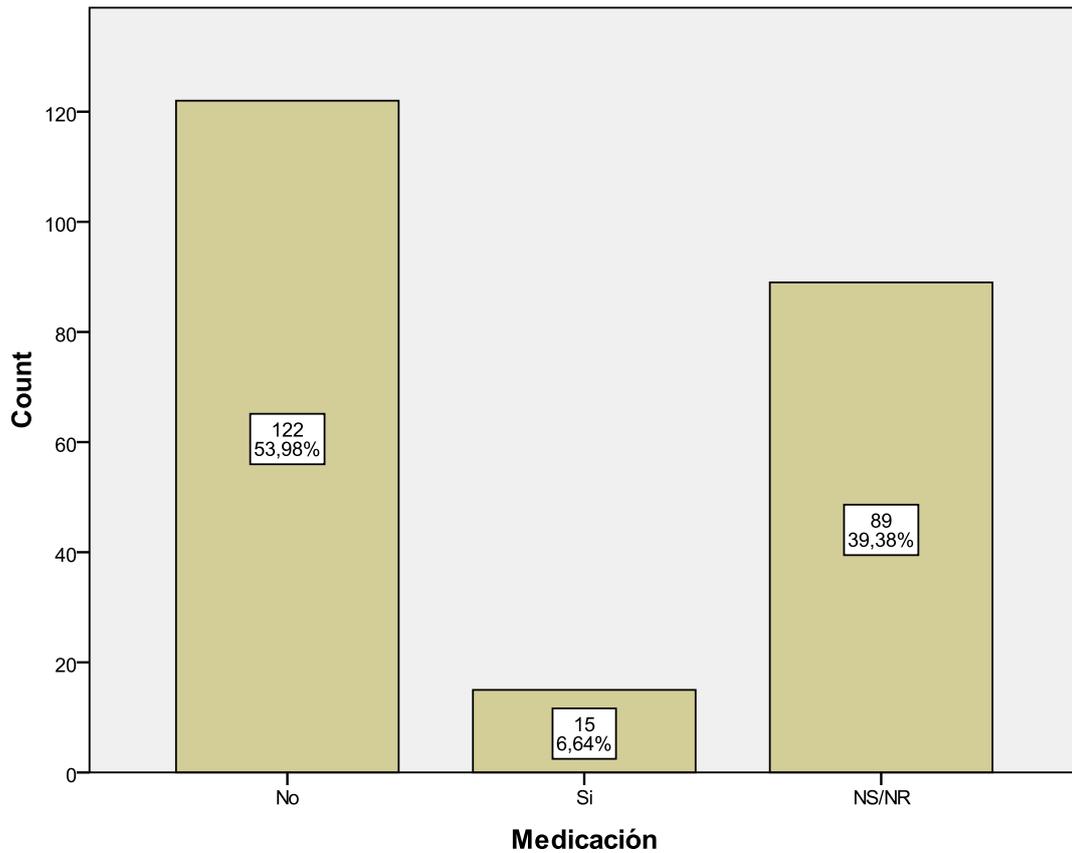
**Gráfica 11.Tipo de Delito.**

Por los datos expresados en la Gráfica 11, podemos apreciar que una población de 136 personas, correspondientes al 60,18 % de la muestra, se encuentran reclusas por homicidio agravado, reflejando claramente a nivel de situación jurídica, como ésta es la calificación predominante.



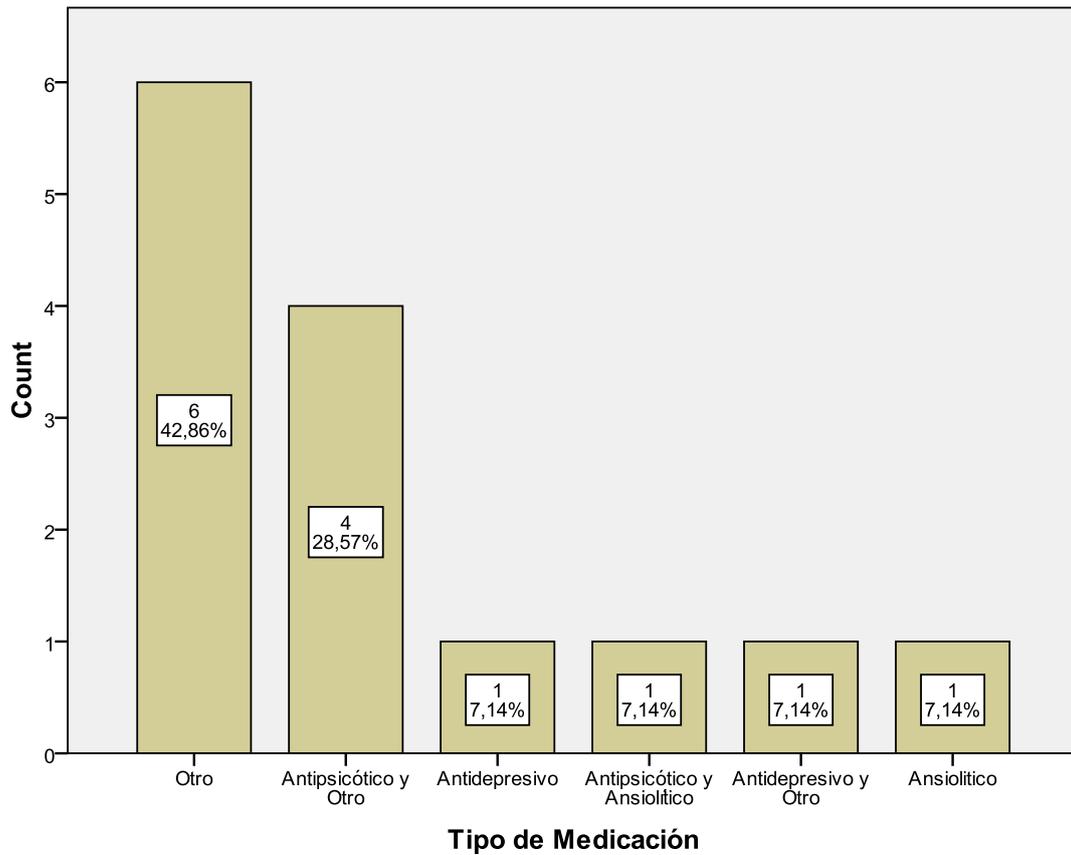
**Gráfica 12. Tipo de arma utilizada.**

Con los datos aportados por la Gráfica 12, podemos apreciar que 136 sujetos (60,18%), utilizaron armas de fuego, posiblemente para cometer su delito. Es curioso que, esta misma proporción, se observa en la gráfica anterior con los que cometieron homicidio agravado. Hay que tener en cuenta que en algunas circunstancias esta pregunta no fue contestada, ya sea por una declaración de inocencia, por razones psiquiátricas o de otra índole, por lo que el número de personas que no respondieron asciende a 10,18 % que se corresponde con 23 personas.



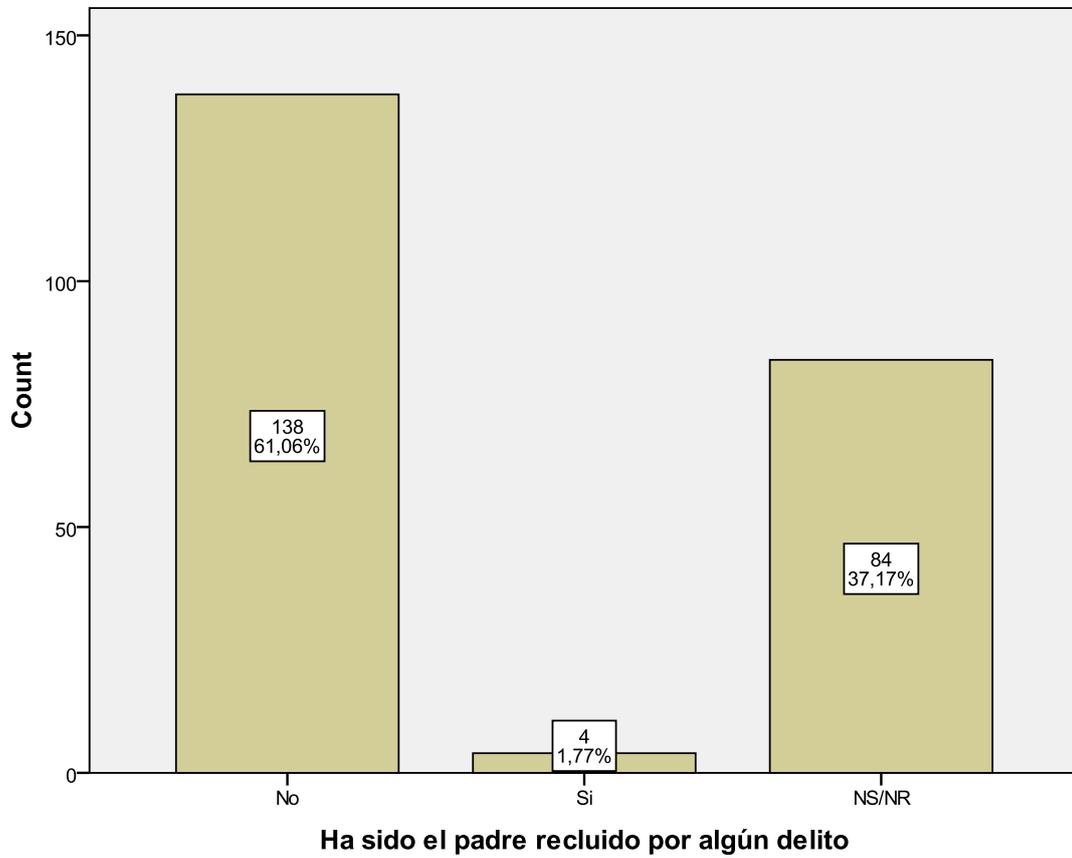
**Gráfica 13. Medicación.**

Sobre la medicación recibida por los internos, la Gráfica 13 nos muestra que más de la mitad (53,96%) no reciben medicación alguna y sólo el 6,64 % hay algún tipo de medicina que consume el recluso que, fundamentalmente podría coincidir con la escasa población psiquiátrica.



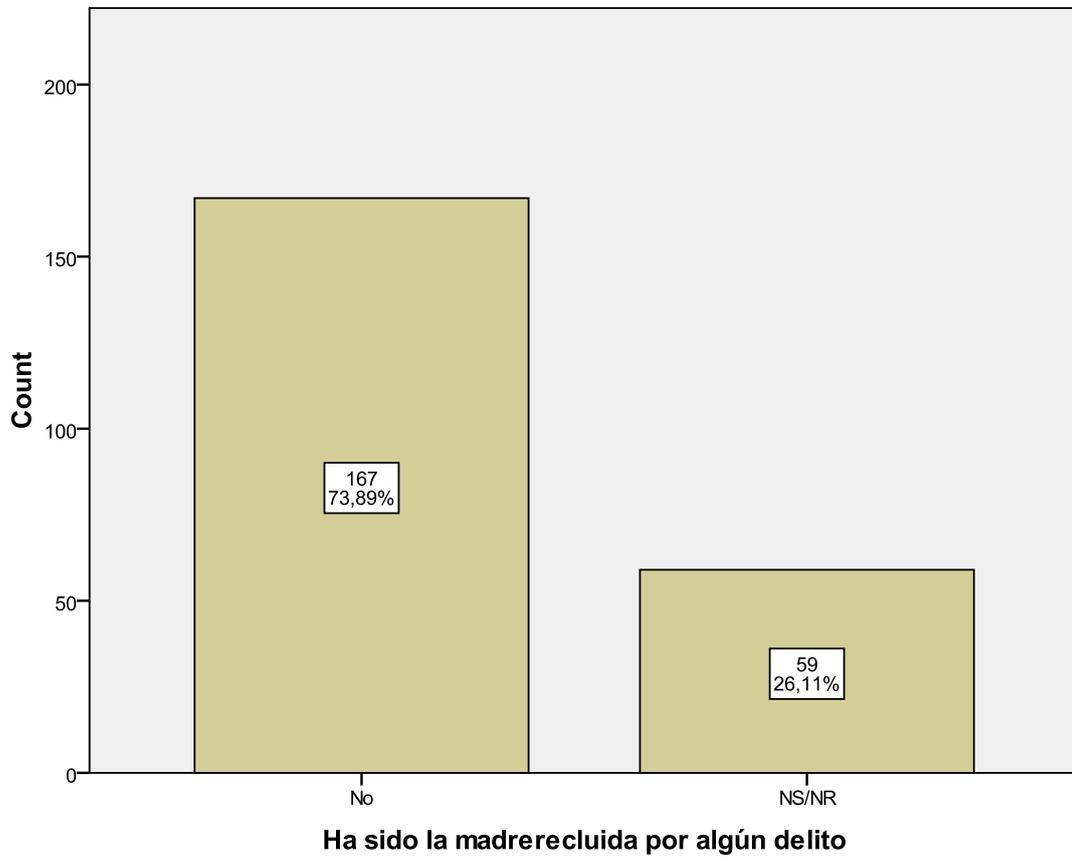
**Gráfica 14. Tipo de medicación.**

Esta Gráfica 14 se muestran *solo aquellas que aceptaron estar tomando algún tipo de medicación (como se observa en la Gráfica 14)*, y corresponde a 14 personas. En 4 casos correspondientes al 28,57 % de esta pequeña muestra, se encontró que las personas estaban tomando antipsicóticos. Un número de 6 personas, correspondiente al 42,86 % de estos 14, estaban tomando medicinas de uso frecuente, tales como Dolex, o Aspirinas.



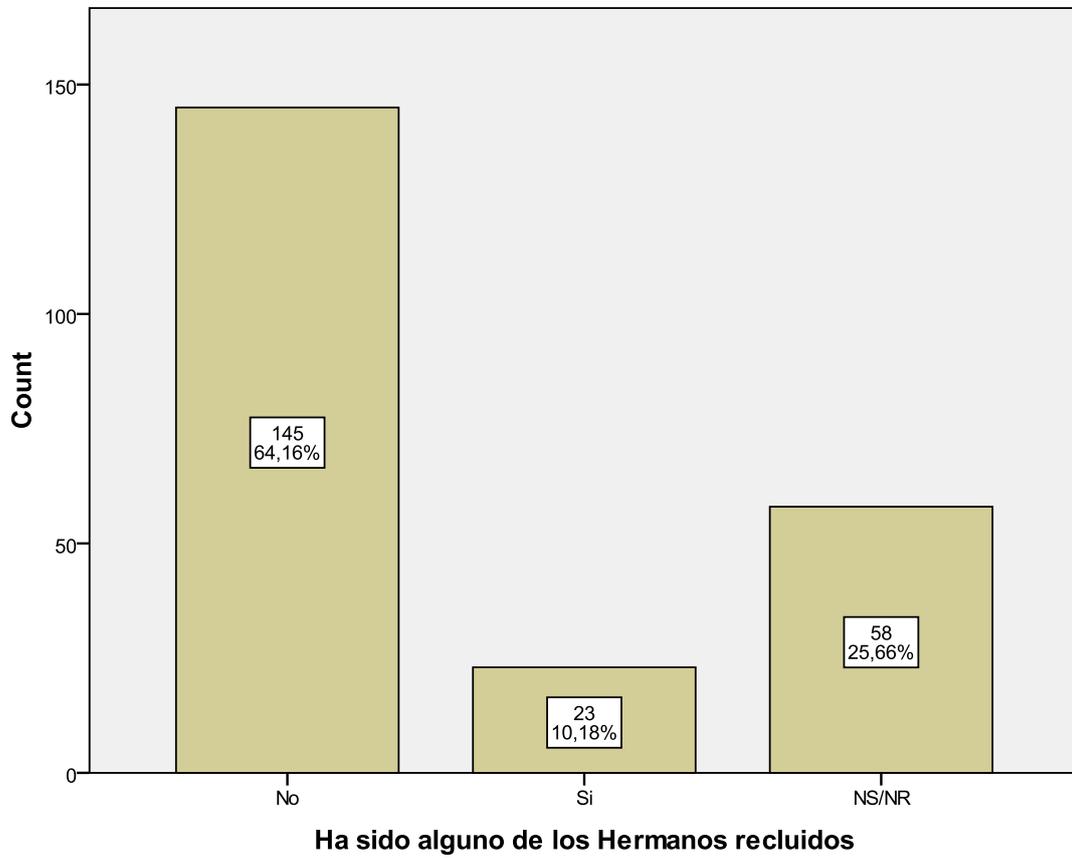
**Gráfica 15. Padre recluido.**

Si preguntamos si el padre de familia ha sido internado alguna vez en prisión, la Gráfica 15 muestra como en el 61,06 % el padre no ha sido condenado por ningún delito. Esta pregunta no fue contestada en un alto porcentaje (37,17 %).



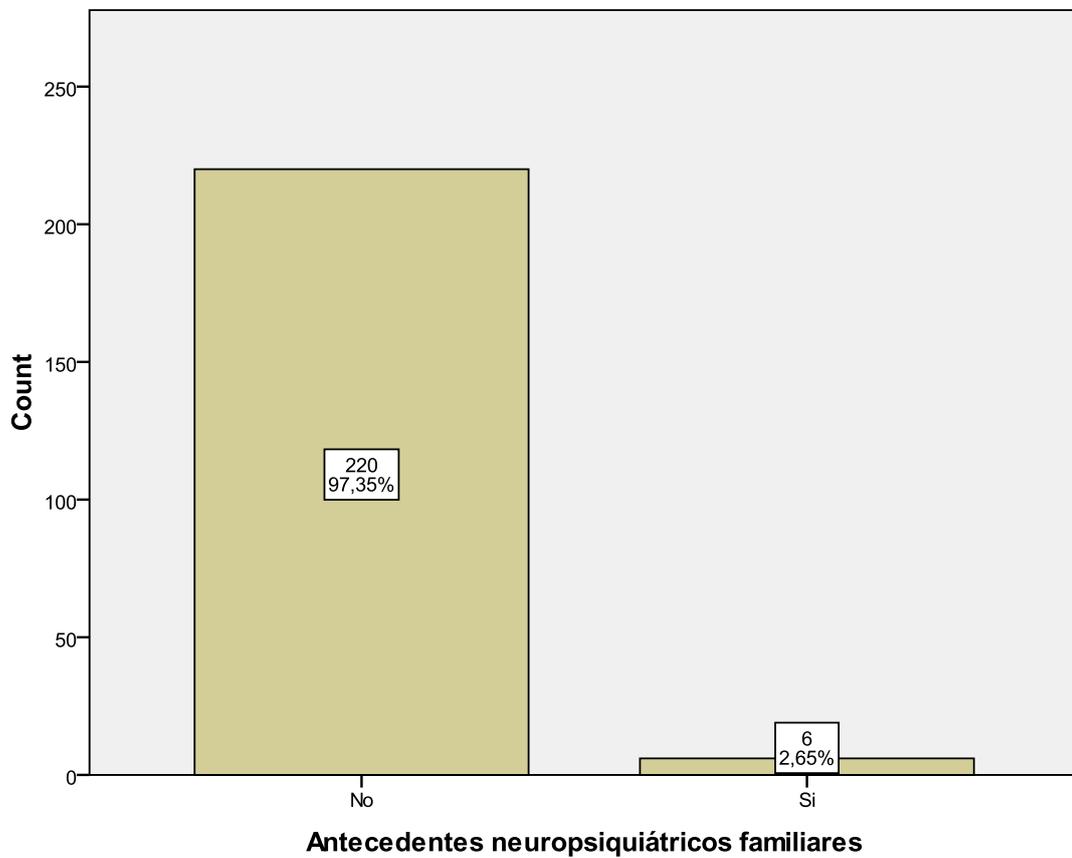
**Gráfica 16. Madre recluida.**

Esta gráfica 16 muestra como del reporte total de la muestra realizada, no se presentaron casos de madres de las personas evaluadas, recluidas por delitos anteriormente. El 73,89 % contesto que no.



**Gráfica 17. ¿Ha sido alguno de los hermanos reclusos?**

En esta Gráfica 17 se encuentra sorprendentemente un porcentaje del 10,18 % de hermanos reclusos con 23 casos, que resulta alto considerando las gráficas anteriores del padre y la madre como precedentes. El 64,16 % contestaron negativamente.



**Gráfica 18. ¿Existieron antecedentes neuropsiquiátricos familiares?**

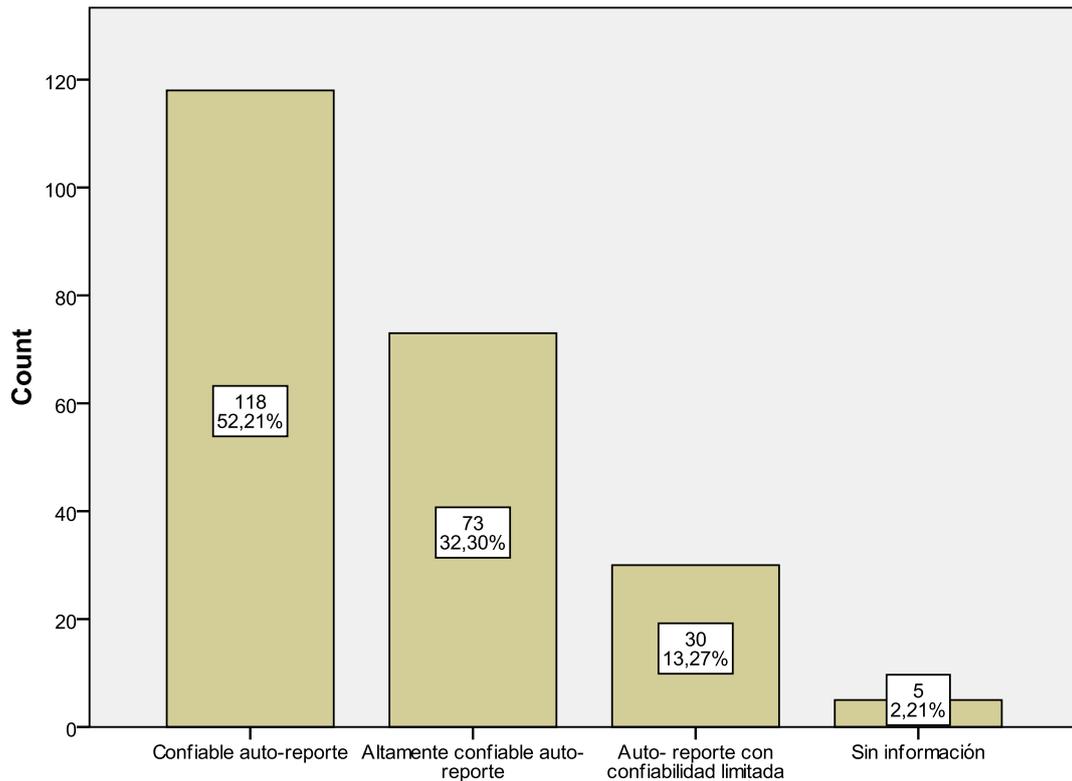
De las 226 personas entrevistadas, en esta Gráfica 18, sólo en 6 casos correspondientes a 2,65 % de las personas, se encuentra un precedente de antecedentes neuropsiquiátricos en la familia.

***II.B.2.- Descripción de los resultados ofrecidos por los internos a los ítems que componen el R-CRAS en su adaptación a la población colombiana.***

Las variables específicas del protocolo R-CRAS, con las modificaciones realizadas por Mebarak y Jiménez, (2009), corresponden en su orden a: 1) Confiabilidad del autoinforme del paciente bajo su control voluntario. 2) Interferencias involuntarias con el autoinforme del paciente. 3) Los resultados de pruebas aplicadas anteriormente para evaluar Trastornos de Personalidad indican la presencia de algún tipo de trastorno psicológico. 4) Nivel de intoxicación con Drogas alucinógenas al momento del crimen. 5) Nivel de intoxicación con Alcohol al momento del crimen. 6) Nivel de Intoxicación con algún tipo de remedio o medicina al momento del crimen. 7) Evidencia de daño cerebral o alteración. 8) Relación del daño cerebral con la comisión del supuesto crimen. 9) Retraso Mental: Administración reciente de un test de inteligencia. 10) Relación del retraso mental con la comisión del supuesto crimen. 11) Comportamiento observable bizarro al momento del supuesto crimen. 12) Nivel General de Ansiedad al momento del supuesto crimen. 13) Amnesia para el supuesto crimen. 14) Delirios al momento del supuesto crimen. 15) Alucinaciones al momento del supuesto crimen. 16) Humor depresivo al momento del supuesto crimen. 17) Humor elevado o expansivo al momento del supuesto crimen. 18) Nivel de coherencia verbal al momento del supuesto crimen. 19) Intensidad y apropiación del afecto durante la comisión del supuesto crimen. 20) Evidencia del desorden del pensamiento formal al momento del supuesto crimen 21) Planeando y preparando el supuesto crimen. 22) Conciencia del comportamiento criminal durante la comisión del supuesto crimen. 23) Centrado en el crimen. 24) Nivel de actividad en la comisión del supuesto crimen. 25) Comportamiento social responsable durante la semana previa a la comisión del supuesto crimen.

26) Comportamiento social responsable durante un mes antes de la comisión del supuesto crimen. 27) Comportamiento social responsable durante seis meses antes de la comisión del supuesto crimen. 28) Reporte del auto-control del paciente sobre el supuesto comportamiento criminal. 29) La evaluación del examinador del auto-control del paciente sobre el acto criminal. 30) Fue la pérdida de control el resultado de una psicosis no inducida por drogas? 31) Fue la pérdida de control el resultado de una psicosis inducida por drogas. 32) Desde el punto de vista de la psicología o la psiquiatría forense, el sujeto pudo comprender la ilicitud de su acto al momento del supuesto crimen? 33) En el evento de *comprender la ilicitud del hecho*, el sujeto *pudo comportarse* de acuerdo a esa comprensión?

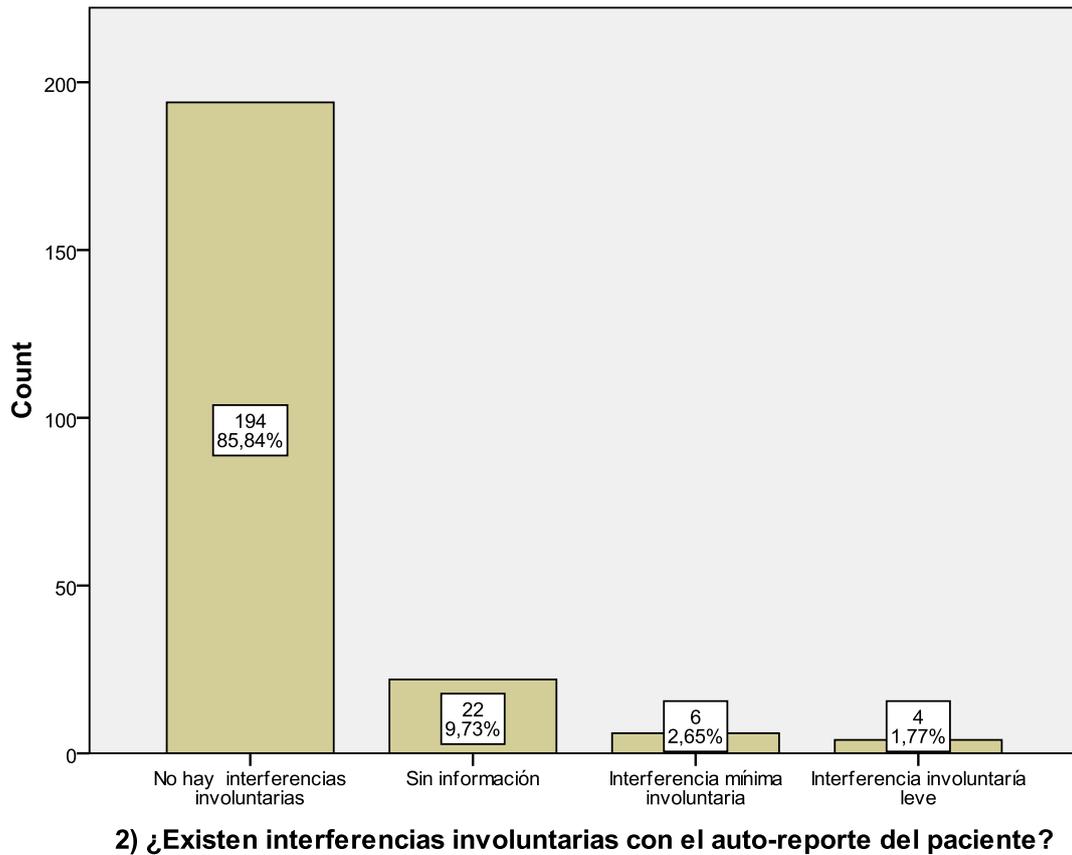
Hemos optado por presentar estos datos de forma gráfica para su mejor visión e interpretación:



1) ¿Cuál es la confiabilidad del Auto-reporte del paciente bajo su control voluntario?

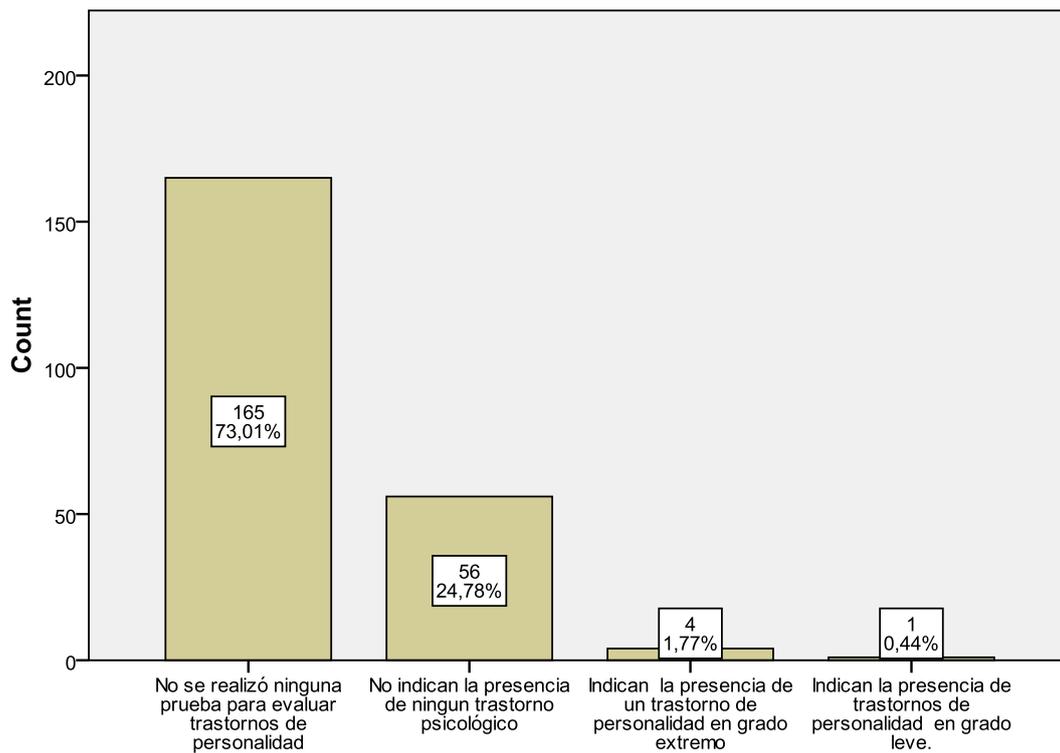
**Gráfica 19: Confiabilidad del Autoinforme del paciente.**

El mismo cuestionario R-CRAS contiene un ítem sobre la fiabilidad de la información recibida. La Grafica 19 nos muestra que el 52,21 % mostraron un reporte confiable de acuerdo al criterio del evaluador, y un 32,30 % altamente confiable. Solamente el 13,27 % de los datos presentan una confiabilidad limitada. Este dato es muestra como para *el evaluador* los datos consignados por el responden a un criterio alto de confiabilidad.



**Gráfica 20. Existen interferencias involuntarias con el autoinforme del paciente.**

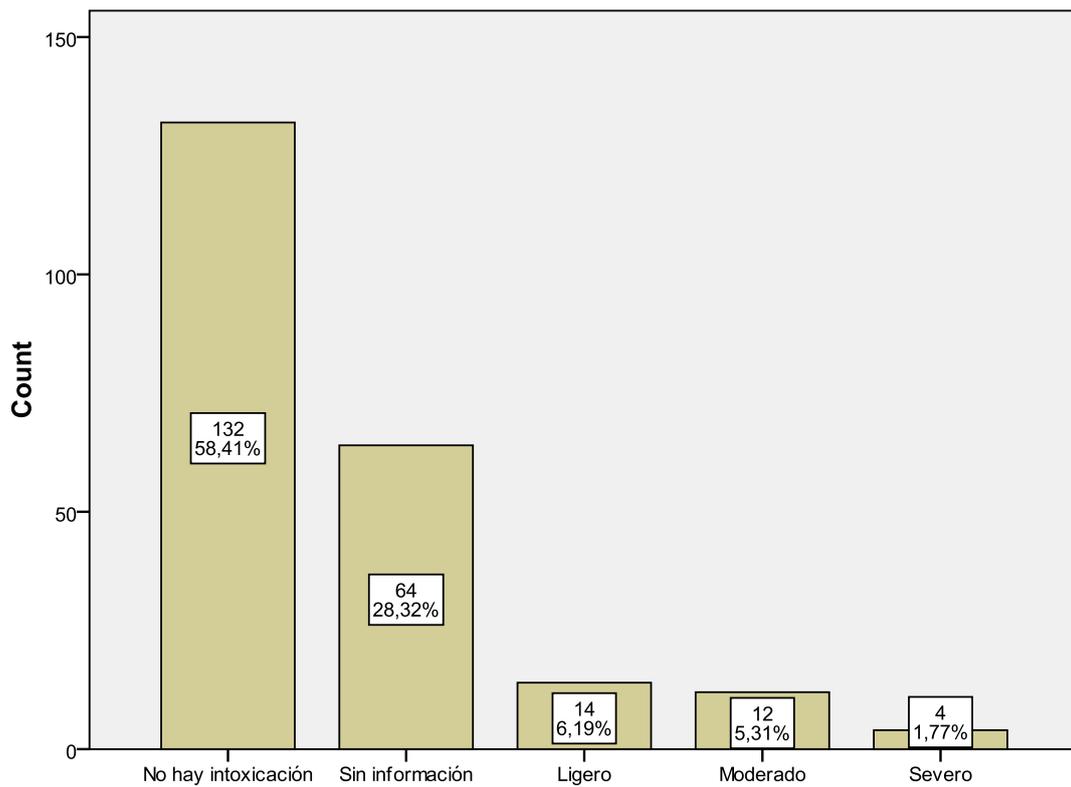
El dato más relevante a tener en cuenta es como, en el 85,84 % de los casos de acuerdo al criterio del evaluador, no hay ningún tipo de interferencias involuntarias con el reporte de la persona evaluada.



**3) Los resultados de pruebas aplicadas anteriormente para evaluar trastornos de personalidad, ¿indican la presencia de algún tipo de trastorno psicológico ?**

**Gráfica 21. Trastornos de personalidad.**

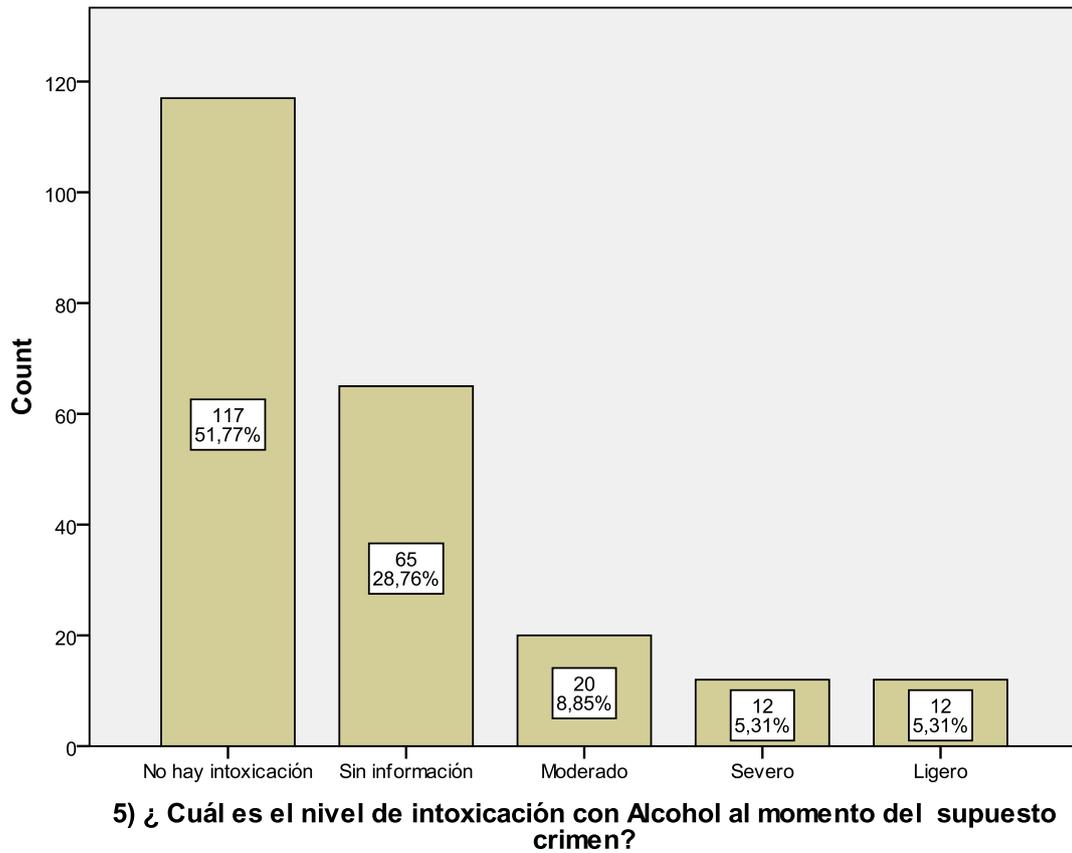
A través de la Gráfica 21, se puede apreciar, en general y como dato relevante, que normalmente no se aplican pruebas para evaluar trastornos de personalidad en los reclusos en un 73,01 % de los casos. En los casos que si se aplicaron pruebas se pudo apreciar como en un 1,77 % de la población evaluada se observaron trastornos de personalidad en grado extremo.



4) ¿Cuál es el nivel de intoxicación con drogas alucinógenas al momento del supuesto crimen?

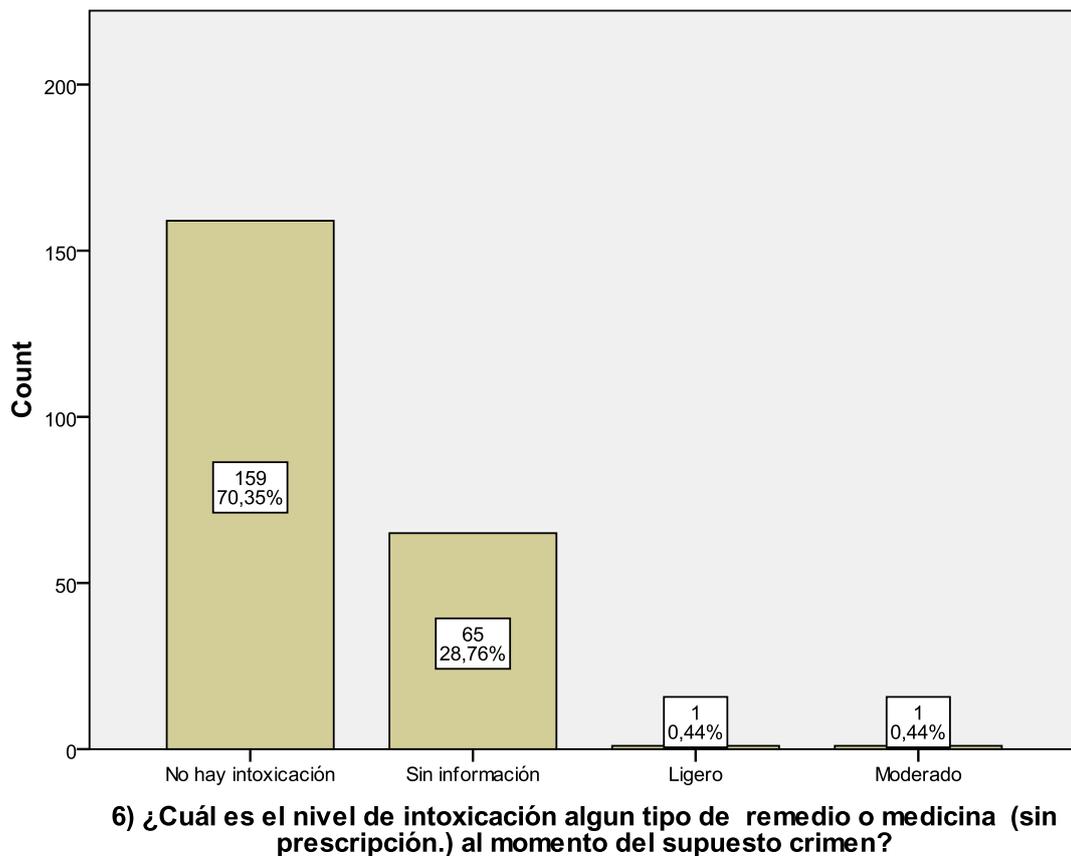
Gráfica 22. Nivel de intoxicación con drogas alucinógenas.

De acuerdo a lo observado en esta Gráfica 22, en un 58,41 % de los casos no hay intoxicación por drogas alucinógenas al momento del supuesto crimen. Desde el punto de vista de nuestro estudio, resultan interesante señalar la existencia de un grado de intoxicación severo en un 1,77 % de los casos, así como moderado en un 5,31 % .



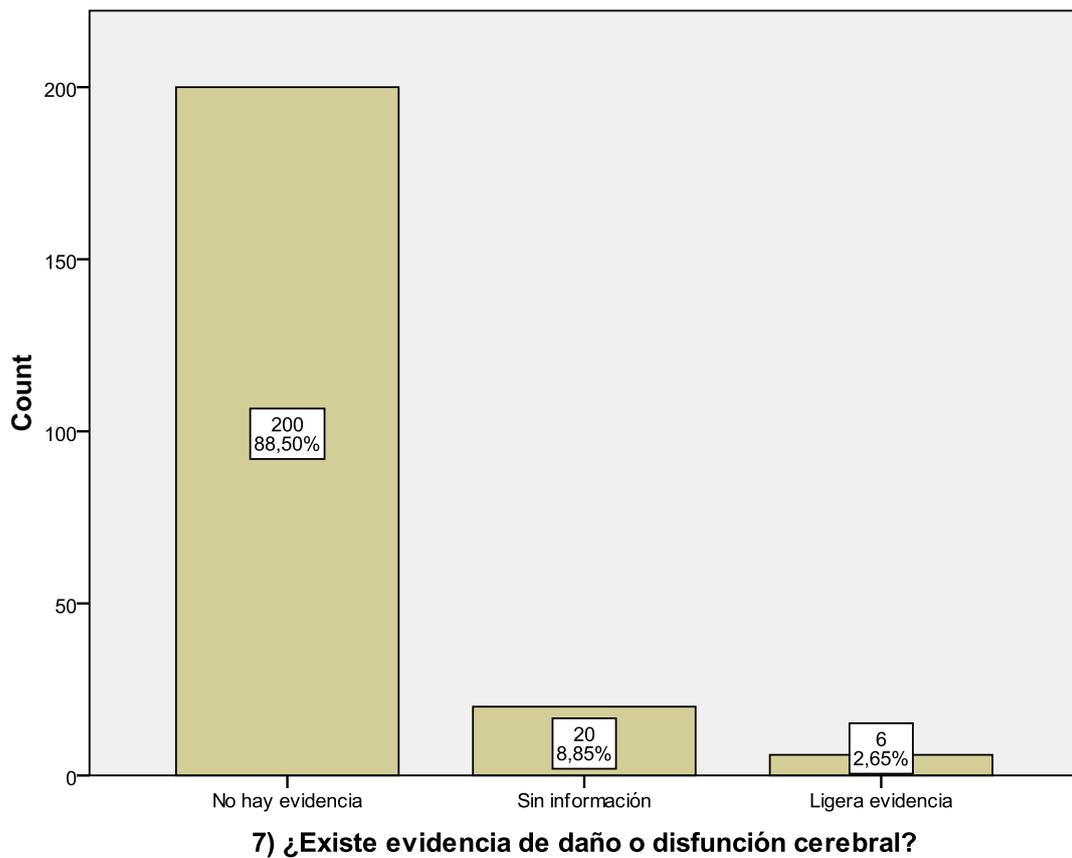
**Gráfica 23: Nivel de intoxicación con alcohol al momento del supuesto crimen,**

De acuerdo a lo observado en esta Gráfica 23, en un 51,77 % de los casos no hay intoxicación, pero en un 8,85% el grado de intoxicación es moderado, y en un 5,31% es severo.



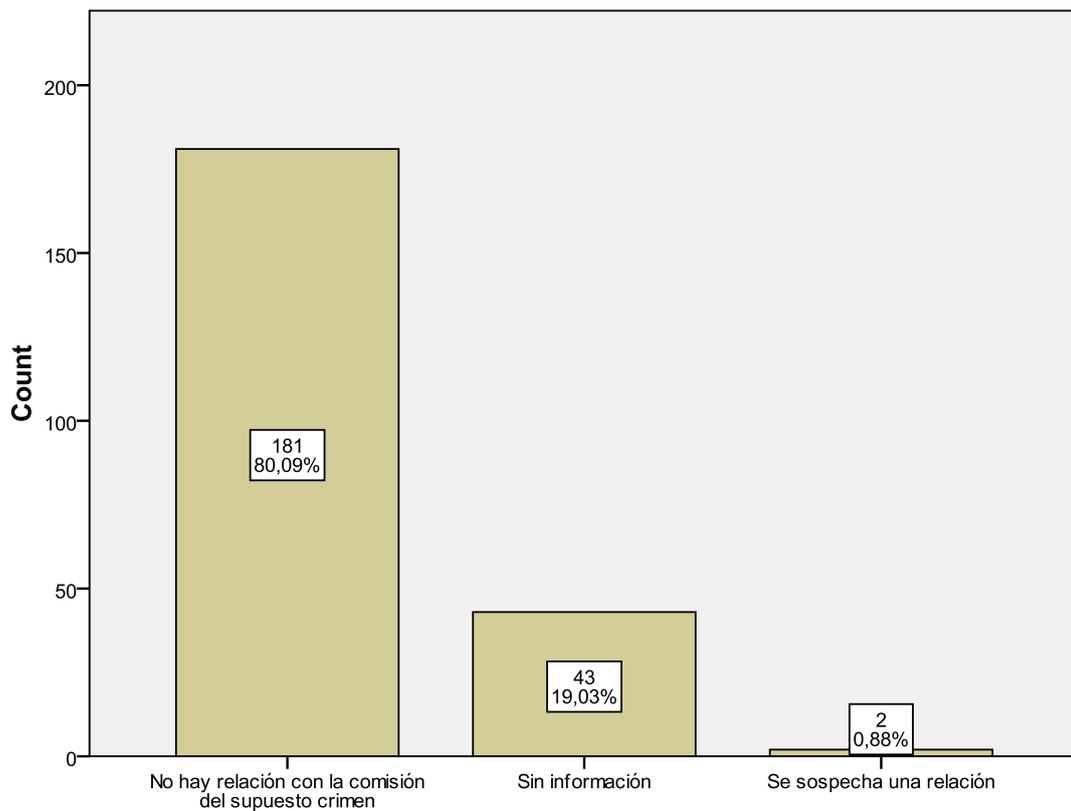
**Gráfica 24. Nivel de intoxicación con algún tipo de medicina.**

De acuerdo a lo observado en esta Gráfica 24, no hay intoxicación en un 70,35 % de los casos, con algún remedio o medicina al momento del crimen. Solamente se encontró de la muestra total una posibilidad de un 0,44 % de casos en que pudo ocurrir algún tipo de intoxicación moderada con medicamentos, por lo que claramente se evidencia, que el nivel de intoxicación con medicinas no es un dato que se presente frecuentemente en el estudio.



**Gráfica 25. Evidencia de daño cerebral.**

De acuerdo a lo observado en esta Gráfica 25 no hay evidencia de daño en el 88,50 % de los casos, Hay que tener en consideración que este tipo de exámenes neurológicos, o neuropsicológicos, actualmente no se realizan en la prisión de acuerdo a las respuestas de los pacientes evaluados.

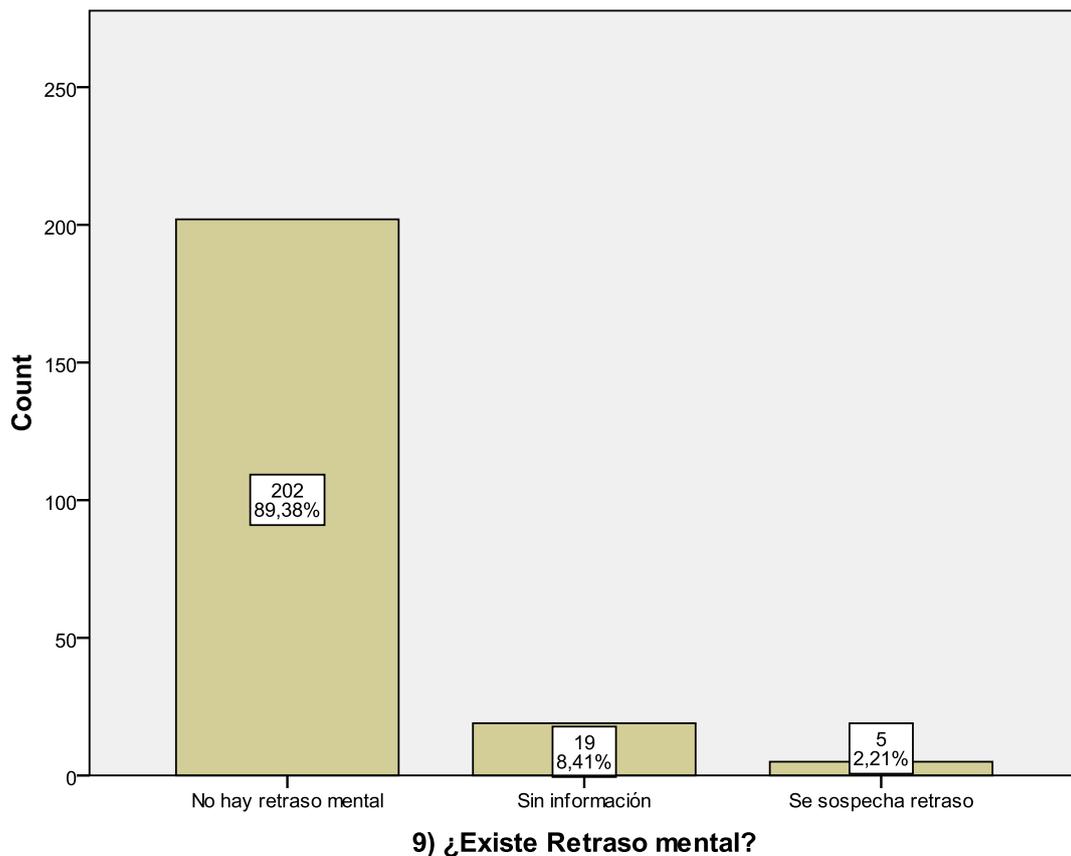


**8) ¿Existe relación del daño cerebral con la comisión del supuesto crimen?**

**Gráfica 26. Relación del daño cerebral con la comisión del supuesto crimen.**

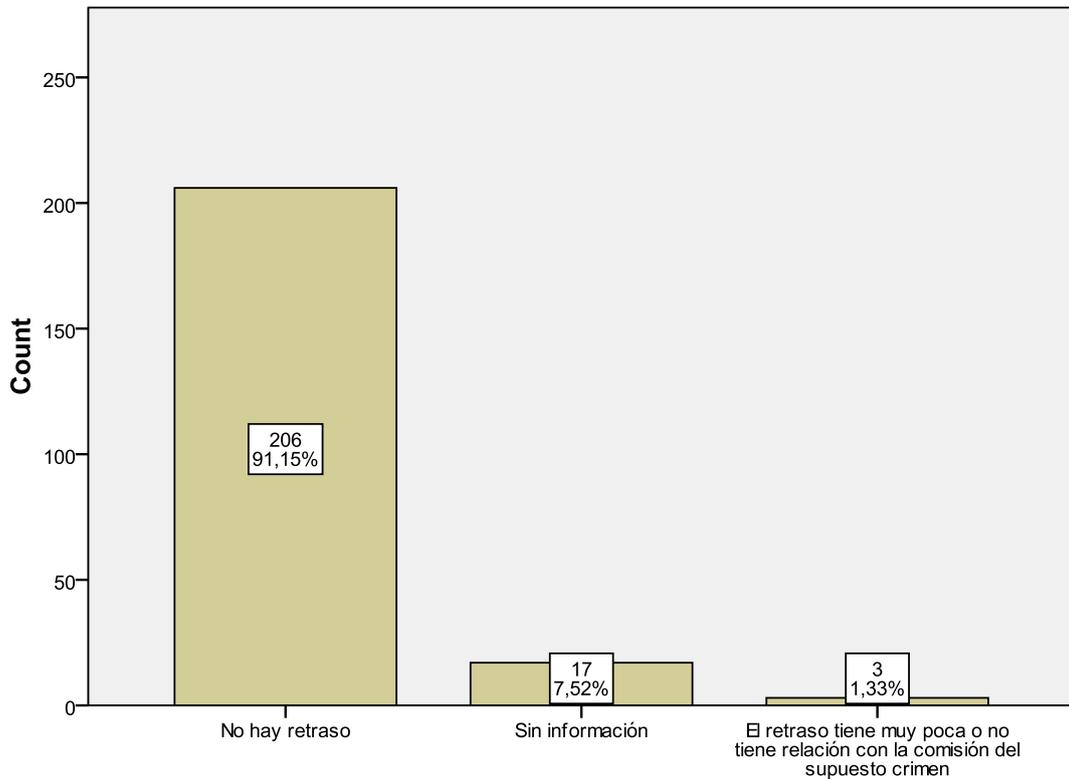
De acuerdo a lo observado en esta Gráfica 26 se observa que no existe relación alguna entre daño cerebral con la comisión del supuesto crimen en el 80,09 % de los casos.

Debido a la imposibilidad de acceder a los archivos personales de los sujetos evaluados, no se pudo comprobar de ningún caso donde se realizaran estas evaluaciones para poder determinar esta pregunta, por lo que no se puede verificar que en realidad no tienen daño cerebral.



**Gráfica 27. Retraso mental.**

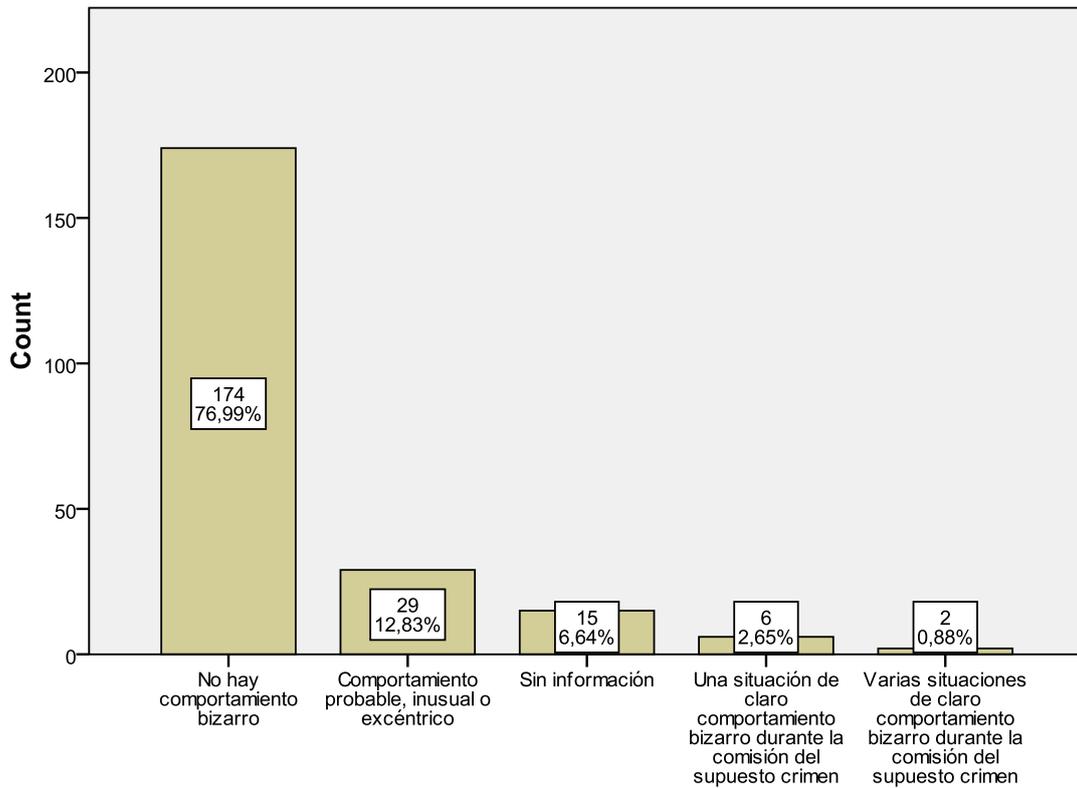
De acuerdo a lo observado en esta Gráfica 27, solo en un 2,21% de los casos se sospecha un retraso mental. En un 89,38 % de los casos no hay retraso mental. En todo caso, normalmente esta respuesta no puede confirmarse con la administración reciente de test de inteligencia, puesto que normalmente no se realizan. Las sospechas de retraso, solamente están fundamentadas en la pericia del evaluador. Esto hay que tenerlo en consideración al momento de evaluar la *responsabilidad criminal*.



**10) ¿Cuál es la relación del retraso mental con la comisión del supuesto crimen?**

**Gráfica 28. Relación del retraso mental y el supuesto crimen.**

De acuerdo a lo presentado en esta Gráfica 28, en el 91,15 % de los casos no hay retraso mental relacionado con la comisión del supuesto crimen. Este punto se contesta a criterio del evaluador pero no es susceptible de verificación con test psicométricos específicos.

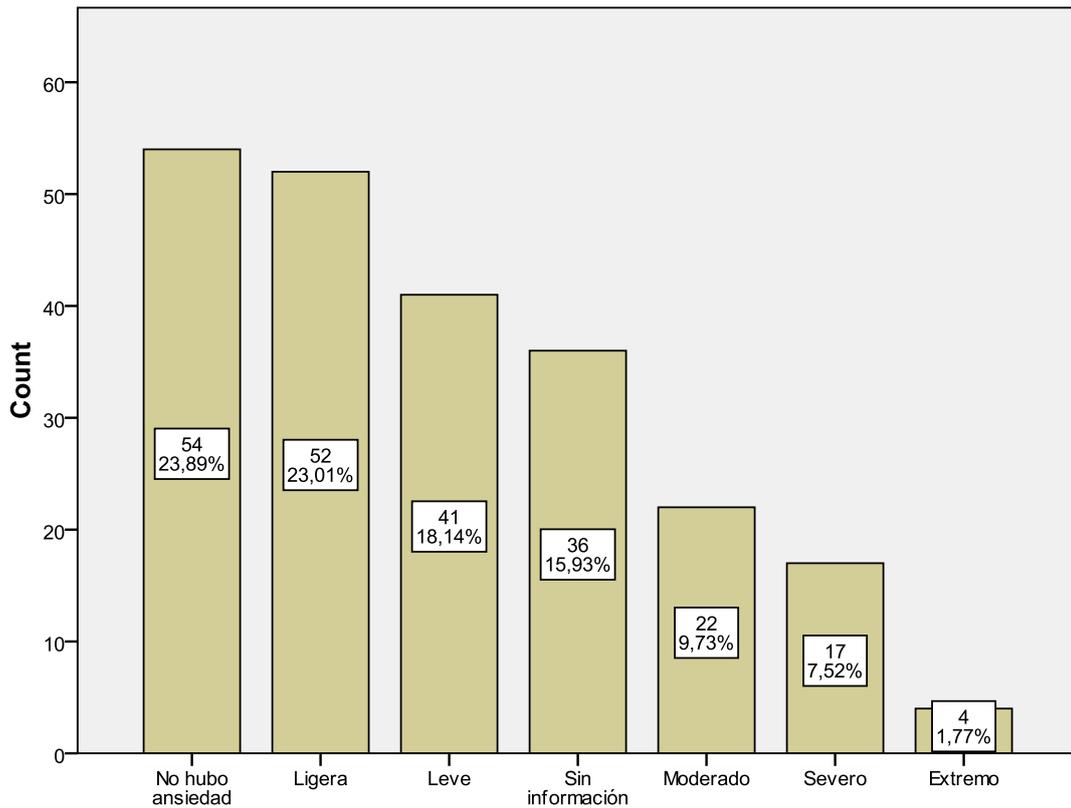


11) ¿Hubo algún comportamiento raro o extraño al momento del supuesto crimen?

Gráfica 29: Comportamiento bizarro.

De acuerdo a lo observado en la Gráfica 29, se puede apreciar como no hay un comportamiento bizarro en el 76,99 % de los casos

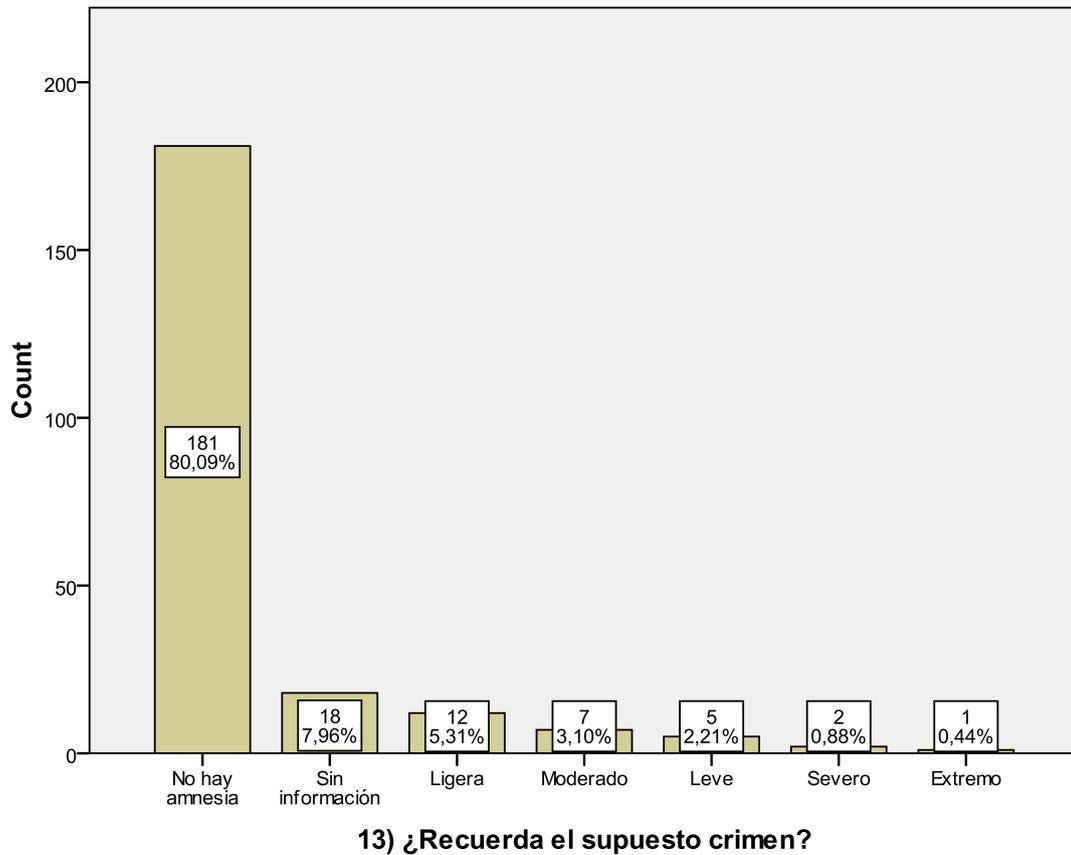
Una situación de claro comportamiento bizarro se pudo apreciar solo en un 2,65 % de los casos. Solamente en 2 casos correspondientes al 0,88 % de la muestra se presentaron varias situaciones de claro comportamiento bizarro al momento del supuesto crimen.



12) ¿Hubo algún tipo de ansiedad al momento del crimen?

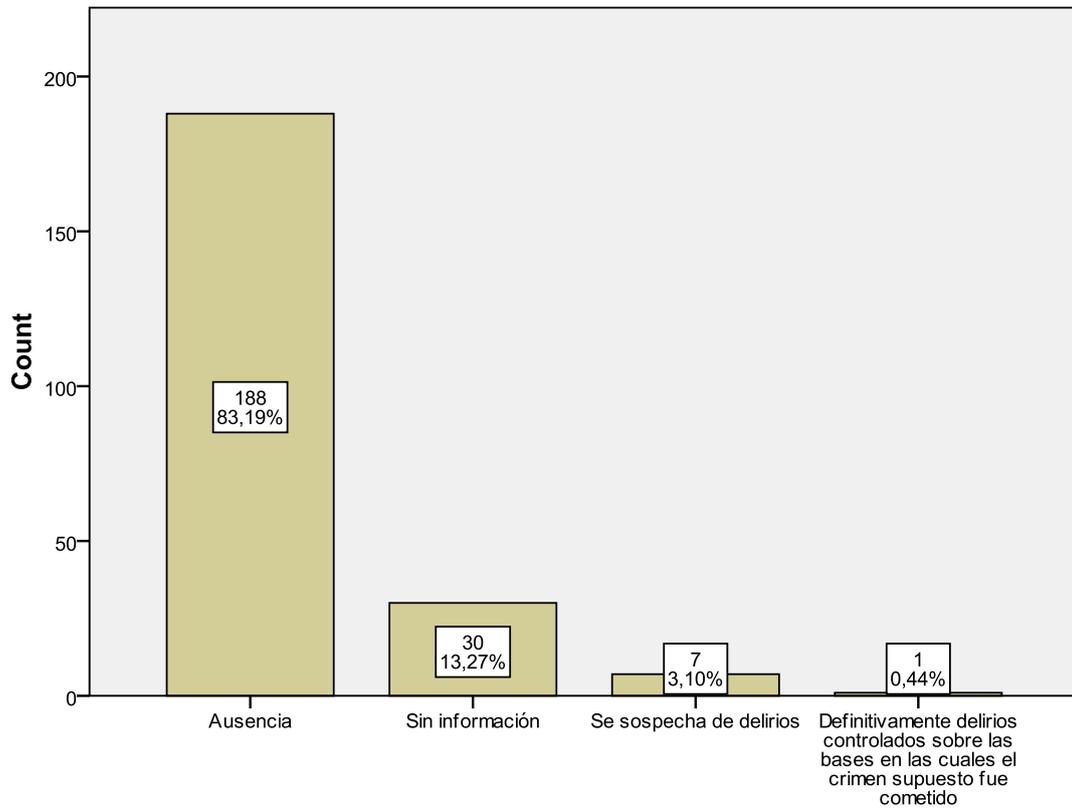
Gráfica 30. Tipo de ansiedad

De acuerdo a lo observado en la Gráfica 30, acerca del nivel de ansiedad al momento del crimen, se puede apreciar como los datos tienden a mostrar poca o ninguna ansiedad. Esto se explica con el 23,89 % de la muestra como dato más alto, los evaluados mostraron no sentir ningún tipo de ansiedad. En la Costa Atlántica Colombiana, como se puede apreciar al ver la gráfica, no siente una gran ansiedad al cometer los asesinatos.



**Gráfica 31. Memoria.**

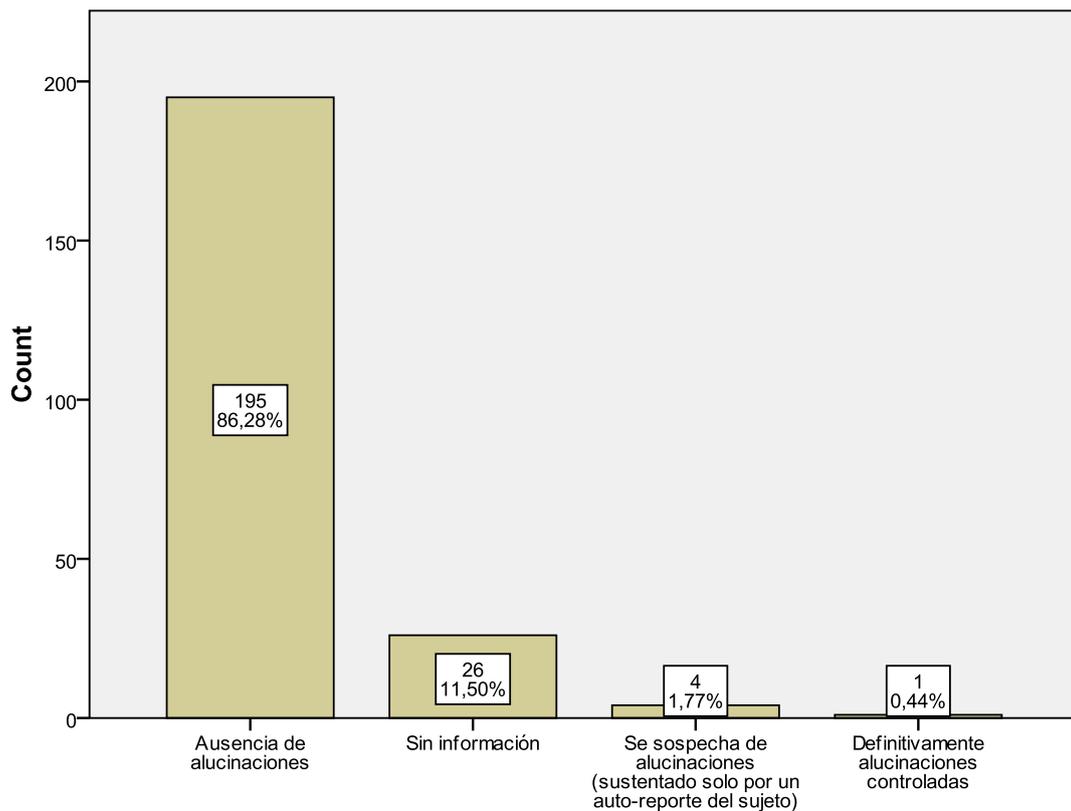
De acuerdo a lo observado en la Gráfica 31 el dato más representativo, es que no hay amnesia en el 80.09% de los casos y que todos los internos recuerdan con claridad sus delitos. En relación a *la responsabilidad criminal*, en esta misma Gráfica 32, al unir todas las personas que recuerdan el delito, son un total de 27 casos, que se corresponden con un total de 11,95 % de los casos.



**14) ¿Hubo delirios al momento del supuesto crimen?**

**Gráfica 32. Presencia de Delirios**

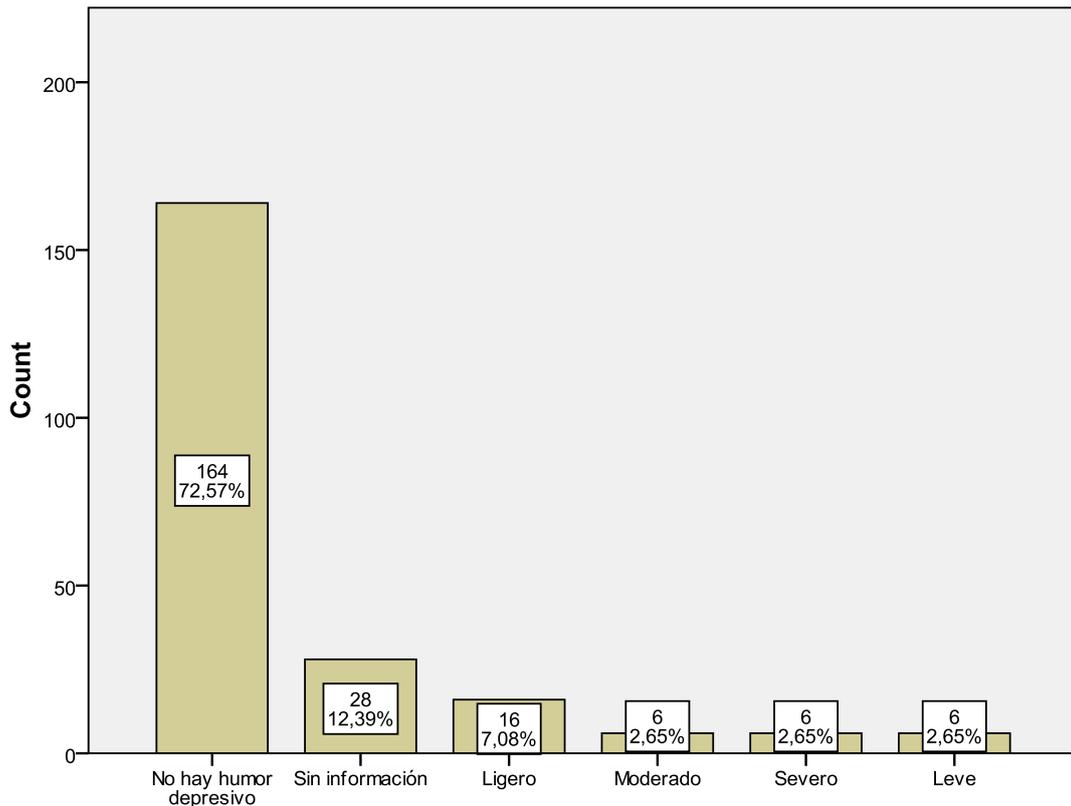
De acuerdo a lo observado en la Gráfica 32, el 83,19 % de los casos presenta ausencia de delirios al momento del supuesto crimen. Se sospecha de estos en un 3,10 % de los casos. La presencia de delirios, es decir, la sospecha de estos, y su confirmación le interesan particularmente al evaluador forense a la hora de determinar la *responsabilidad criminal*.



15) ¿Existieron alucinaciones al momento del supuesto crimen?

Gráfica 33. Presencia de Alucinaciones

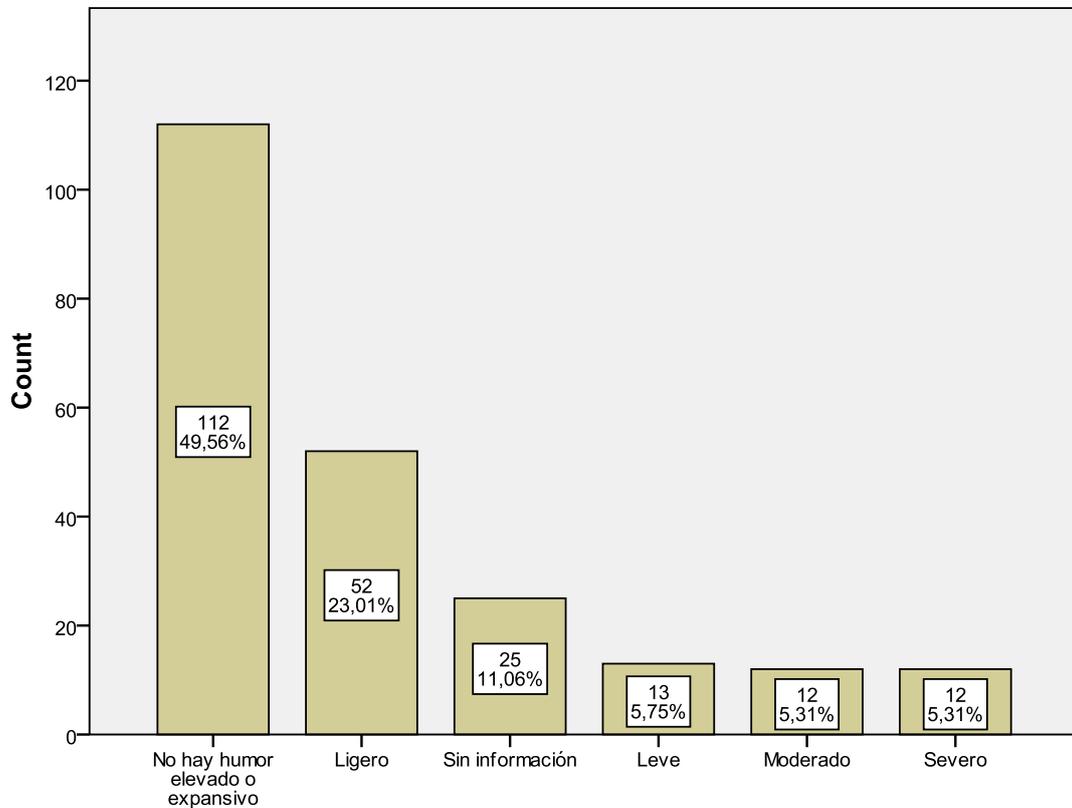
De acuerdo a lo observado en esta Gráfica 33 se pueden establecer definitivamente alucinaciones en un 0.44% de la muestra, y se sospecha de éstos en un 1,77%. El dato que presenta una mayor frecuencia corresponde al 86,28 % y muestra ausencia de alucinaciones. Al igual que en la sospecha de delirios, dado que un cuadro de psicosis, puede estar relacionado con delirios y alucinaciones, estas últimas son importantes porque contribuyen a especificar un posible diagnóstico de enfermedad mental, lo cual resulta muy útil para una evaluación forense de la *responsabilidad criminal*.



16) ¿Hubo humor depresivo al momento del supuesto crimen?

Gráfica 34. Humor Depresivo.

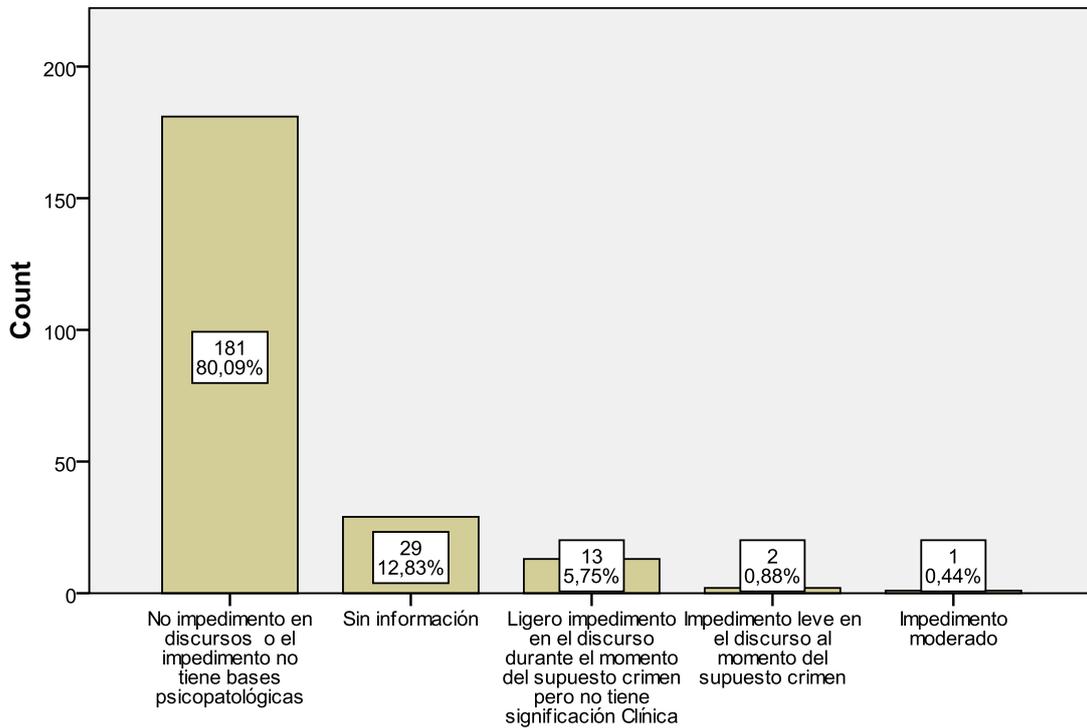
Los problemas emocionales, a veces, pueden ser causas eximentes o atenuantes de *responsabilidad criminal*. Por ello las alteraciones del humor nos interesaban. De acuerdo a lo observado en esta Gráfica 34, no hay humor depresivo en un 72,57 % de los casos. Estos datos son importantes para la evaluación de la *responsabilidad criminal*, pues, sumado a otras preguntas del test, nos permite, no solamente a nivel clínico y forense conocer al sujeto evaluado, y su modo de operar al momento del supuesto crimen, sino que también puede ser de utilidad este conocimiento para la posterior elaboración de perfiles criminales.



17) ¿Existió humor elevado o euforia al momento de el supuesto crimen?

Gráfica 35. Humor elevado o euforia.

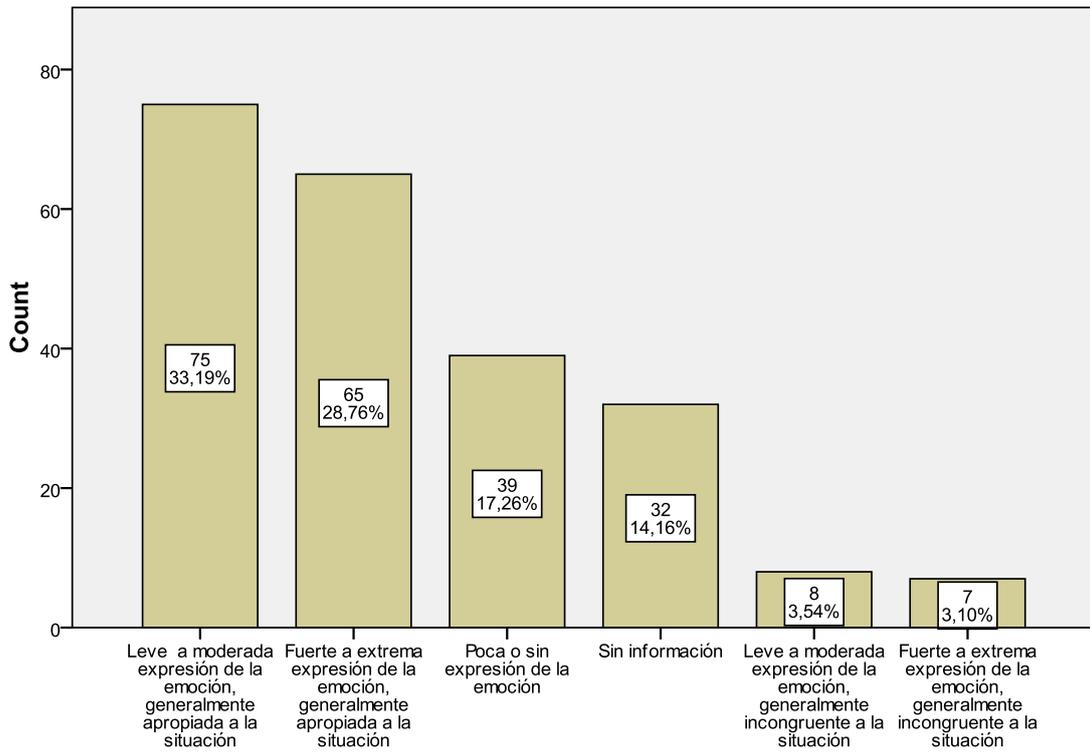
De acuerdo a lo observado en la Gráfica 35, se puede observar que en el 49,56% de los casos, no hay ningún cambio de humor al momento del supuesto crimen. Solo se presentan cambios de humor severos en el 5,31 %.



**18) ¿Cuál fue el nivel de coherencia verbal al momento del supuesto crimen?**

**Gráfica 36: Nivel de Coherencia verbal.**

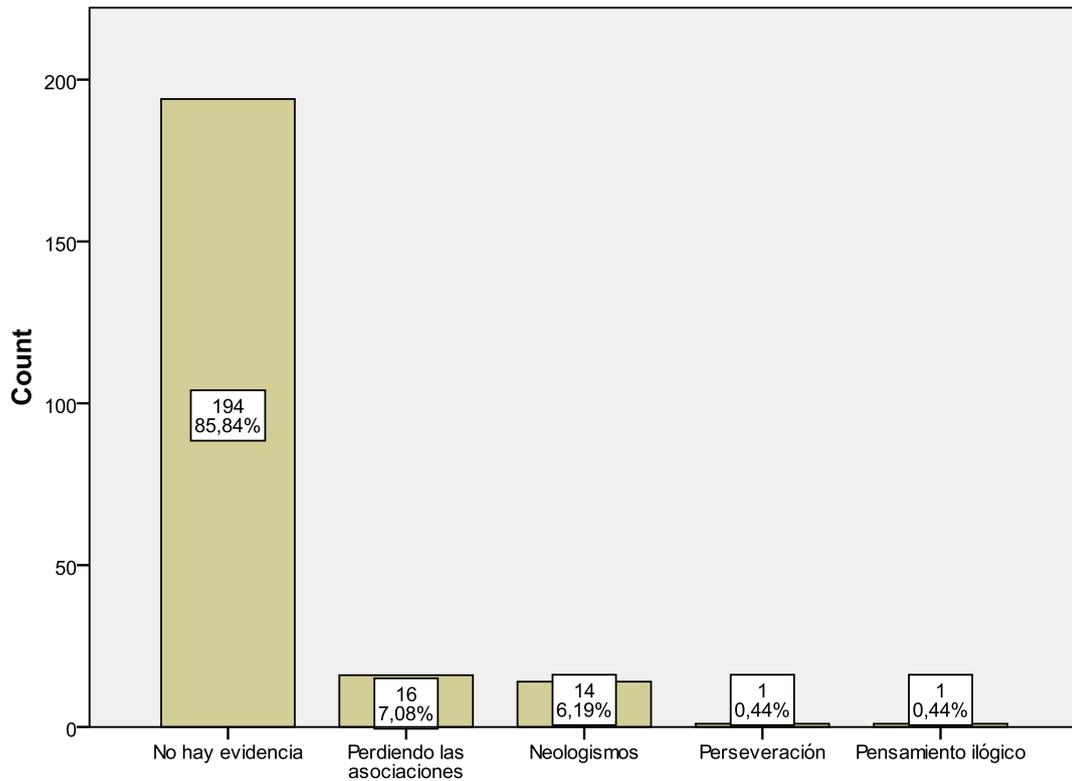
De acuerdo a lo observado en la Gráfica 36 se presenta en un 80,09 % de los casos que no hay ningún impedimento en discursos o éste no presenta bases psicopatológicas. Otro dato que, aunque bajo, puede tener algún interés para la evaluación de la *responsabilidad criminal* es en los casos que se presenta algún impedimento a nivel de coherencia verbal, que pueda ser moderado o grave. En la Gráfica solo se observa como otro dato de interés en un 5,75 % un ligero impedimento en el discurso al momento del supuesto crimen.



19). ¿Cuál fue la intensidad y apropiación del afecto durante la comisión del supuesto crimen?

Gráfica 37. Intensidad y afecto.

De acuerdo a lo observado en la Gráfica 37, la expresión de la emoción tiende a ser leve, pues esta arroja el 33,19 % de la totalidad de la muestra, a lo que se le opone una fuerte o extrema expresión de la emoción generalmente apropiada a la situación en un 26, 76 como datos relevantes.

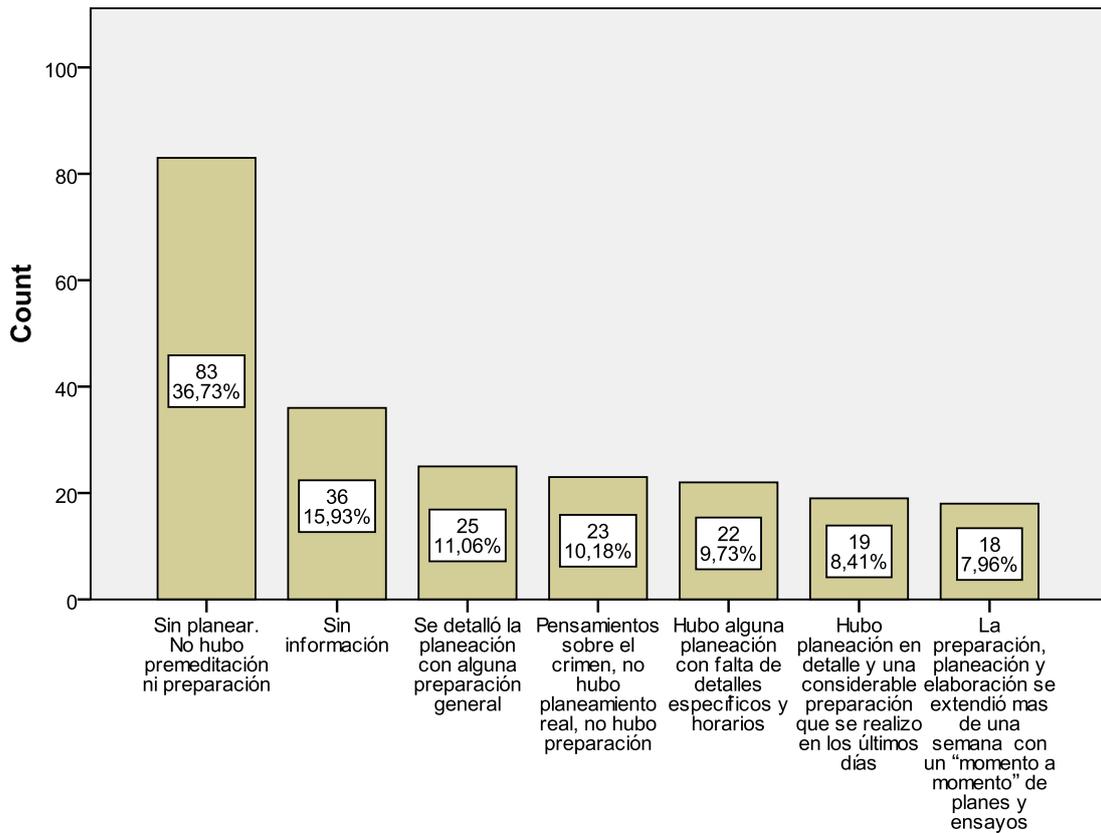


20). ¿Existía evidencia de desorden en el pensamiento formal al momento del supuesto crimen?

Gráfica 38. Evidencia de desorden en el pensamiento formal.

De acuerdo a lo observado en la Gráfica 38, el dato más relevante es que no existe evidencia de desorden del pensamiento formal al momento del supuesto crimen.

Por lo que no hay evidencia de desorden en el pensamiento formal en un 85,84 % de los casos.

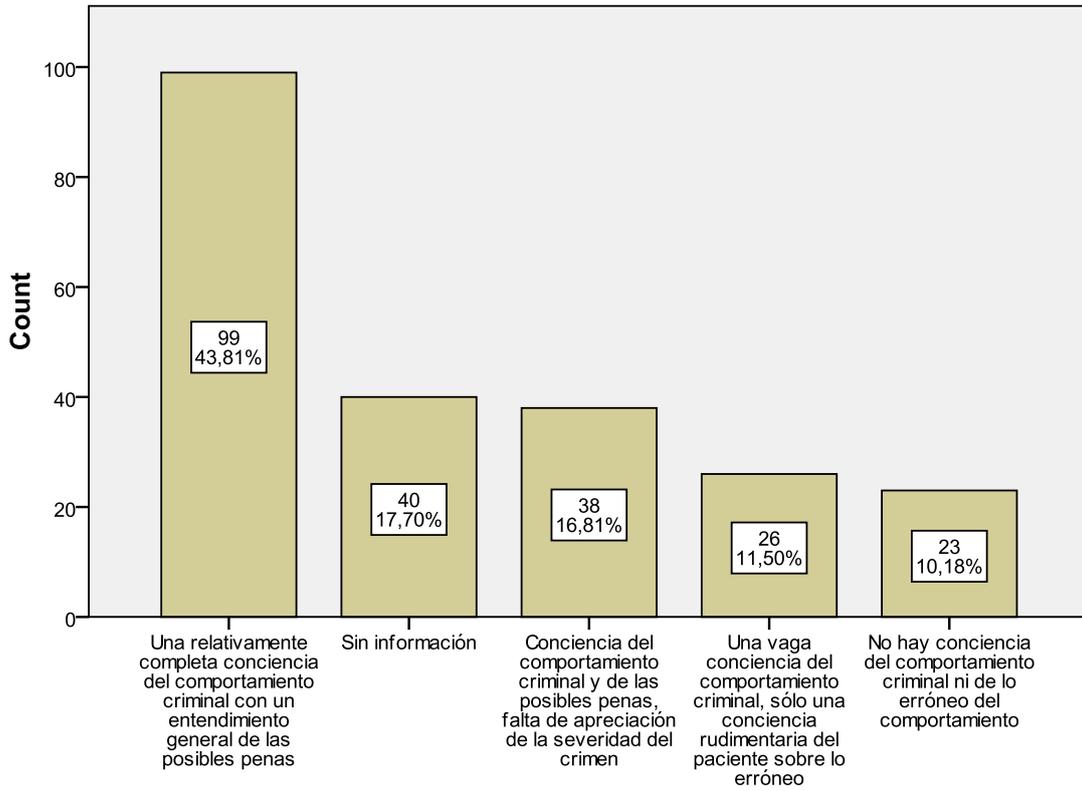


**21) ¿Fue planeando y preparando el supuesto crimen?**

**Gráfica 39. Planificación y Preparación.**

De acuerdo a lo observado en la Gráfica 39, se observa como el dato más sobresaliente de la grafica es el 30,73 % que muestra que no hay planificación ni premeditación al momento del crimen.

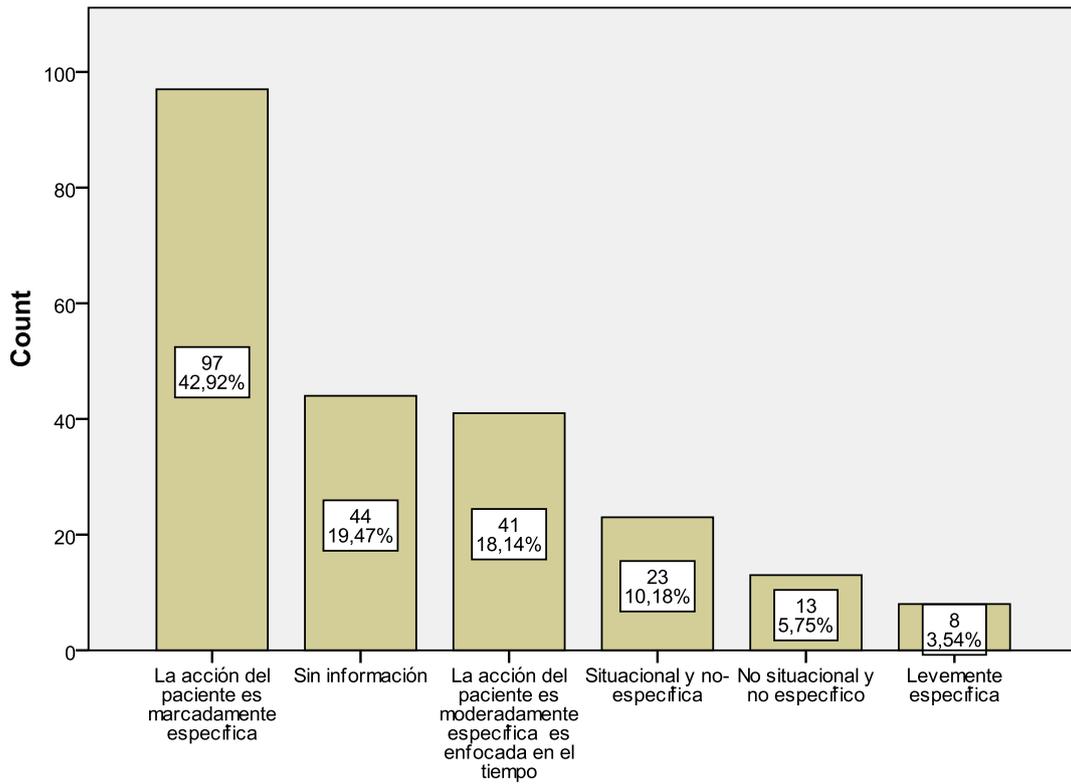
Otro dato interesante es que se puede notar como en un 7,96 % de los casos la preparación y planificación ha sido presentada en un “momento a momento” de planes y ensayos. Y la planificación en detalle se presenta en un 8,41 % de los casos, generando un total de acciones de “*inteligencia*” realmente organizadas, utilizando el término de los reclusos.



**22) ¿Cuál fue la conciencia del comportamiento criminal durante la comisión del supuesto crimen?**

**Gráfica 40. Conciencia del comportamiento criminal.**

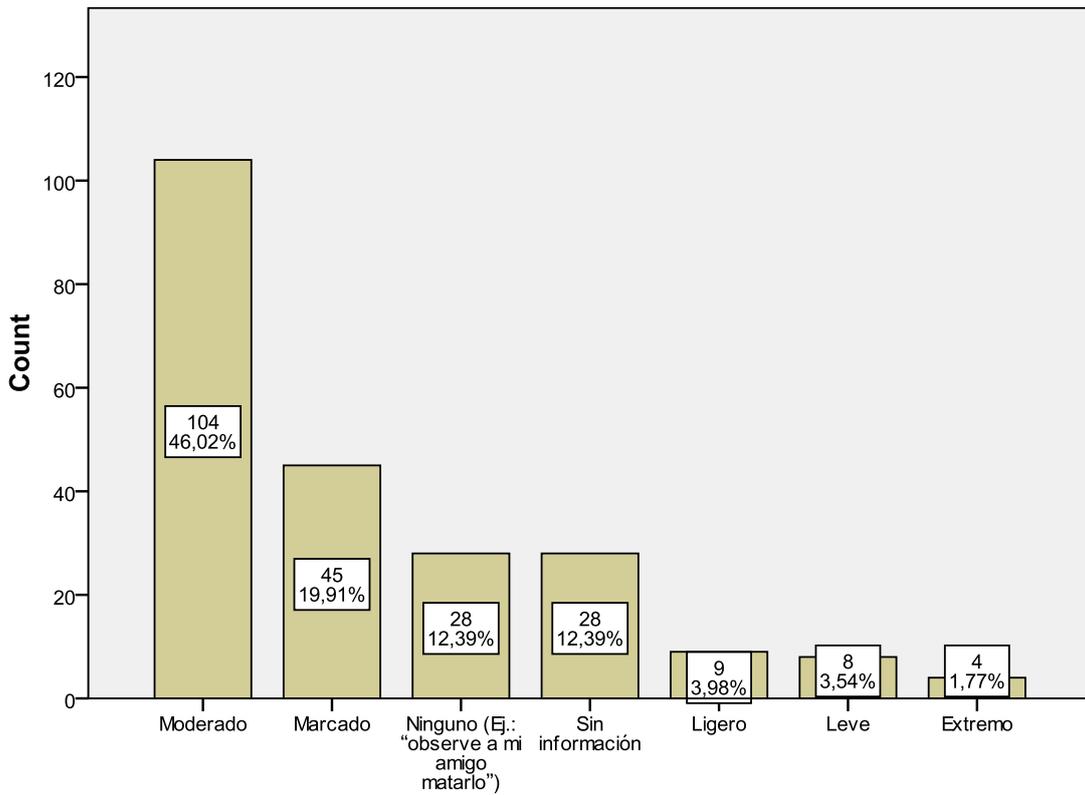
De acuerdo a lo observado en esta Gráfica 40, en el 43, 81 % de los casos, hay una relativamente completa conciencia del comportamiento criminal con un entendimiento de las posibles penas No hubo conciencia del acto criminal ni de lo erróneo del comportamiento en un 10,18 % de los casos.



23) ¿Cómo era la intención del paciente en escoger y seleccionar la persona u objeto y la situación de el crimen?

Gráfica 41. Intencionalidad del sujeto

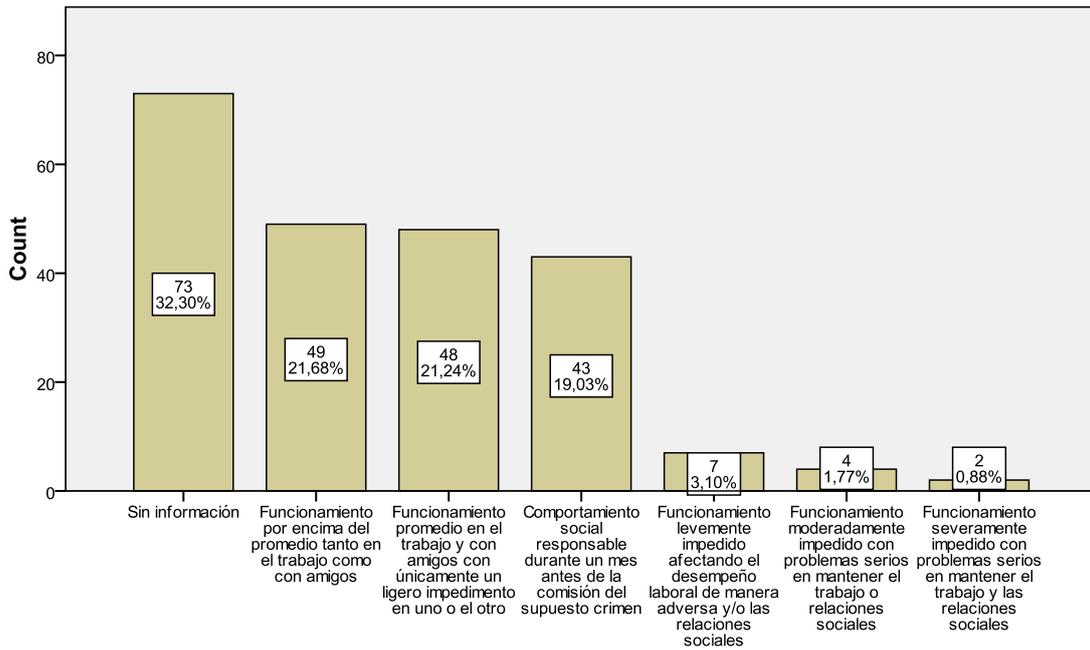
De acuerdo a lo observado en la Gráfica 41 en el 42,92 % de los casos la acción del paciente es marcadamente específica, y solamente en un porcentaje muy bajo, de un 5,75 % es no situacional y no específico.



**24) ¿Cuál fue el nivel de actividad (agresión, violencia) en la comisión del supuesto crimen?**

**Gráfica 42. Nivel de actividad.**

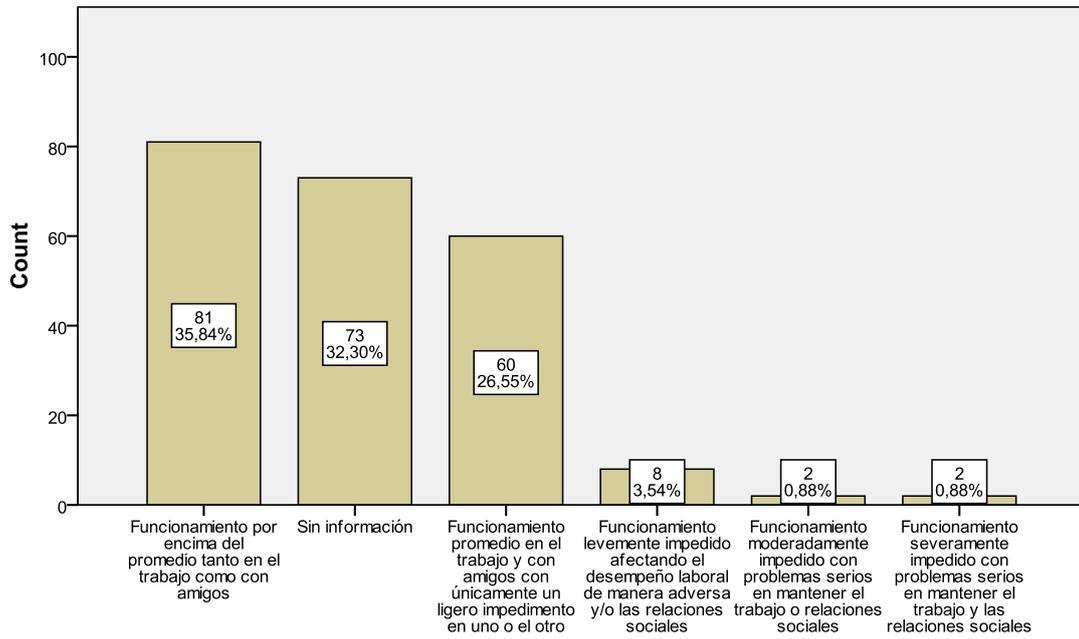
De acuerdo a lo observado en la Gráfica 42 el nivel de actividad en la comisión del crimen es moderado en un 46,02 % de los casos, y marcado en un 19,91 %. Los casos donde hay un grado ligero de actividad son relativamente pocos llegando solo a un 3,96 %, y a un 3,54 % que corresponde a una puntuación en grado leve.



25) ¿Cuál fue el comportamiento social responsable durante la semana previa a la comisión del supuesto crimen?

Gráfica 43: Comportamiento social responsable la semana previa.

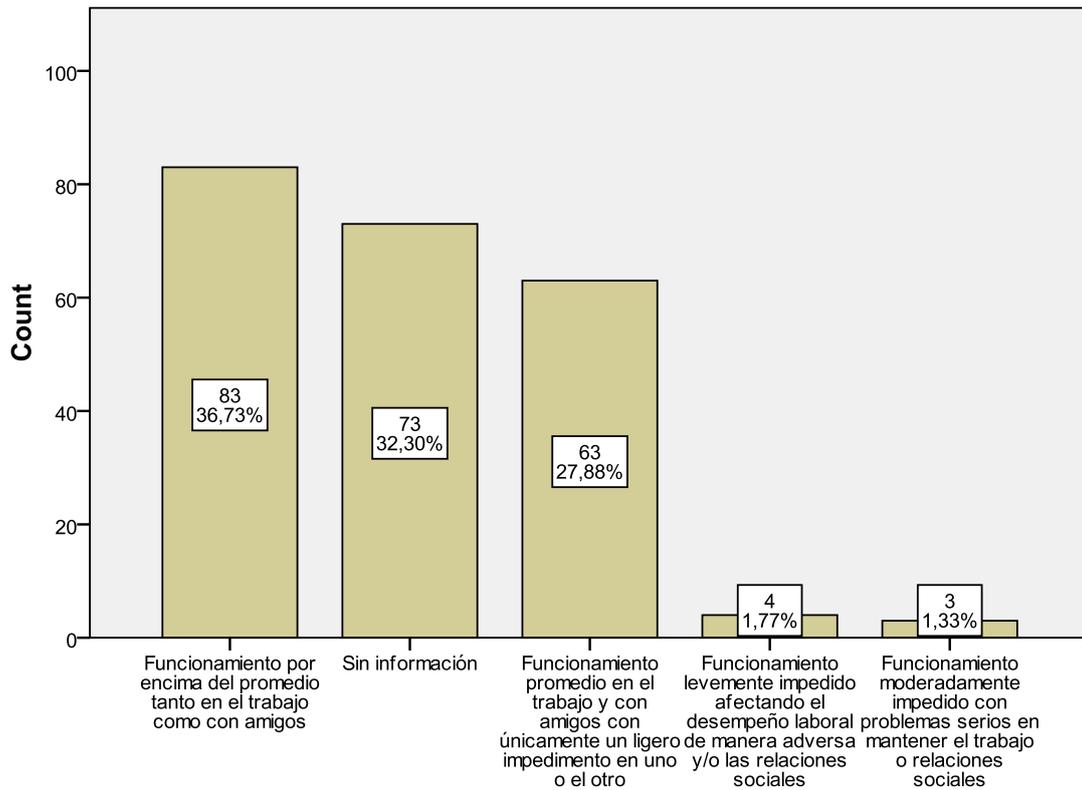
De acuerdo a lo observado en la Gráfica 43 el funcionamiento por encima del promedio tanto en el trabajo como con amigos se presenta en un 21,68 %. El funcionamiento promedio con trabajo y con amigos, presenta un 21,24 %.



26) ¿Cuál fue el comportamiento social responsable durante un mes antes de la comisión del supuesto crimen?

Gráfica 44. Comportamiento social responsable un mes antes.

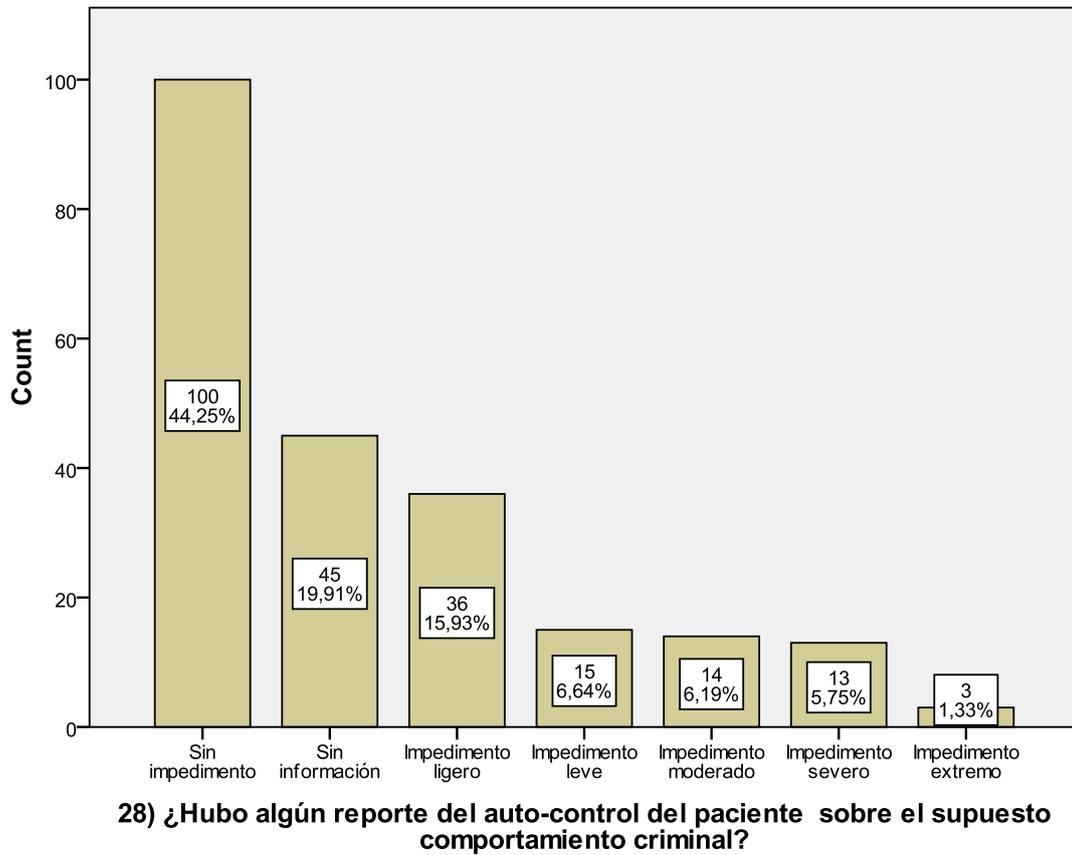
De acuerdo a lo considerado en la Gráfica 44, el funcionamiento por encima del promedio tanto en el trabajo como con amigos se presenta en un 35,84 % de los casos, y el funcionamiento promedio se presenta en un 26,55 % de los casos, como datos descriptivos más interesantes. En el 32,30% los reclusos no presentaron información al respecto.



**27) ¿Cuál fue el comportamiento social responsable durante 6 meses antes a la comisión del supuesto crimen?**

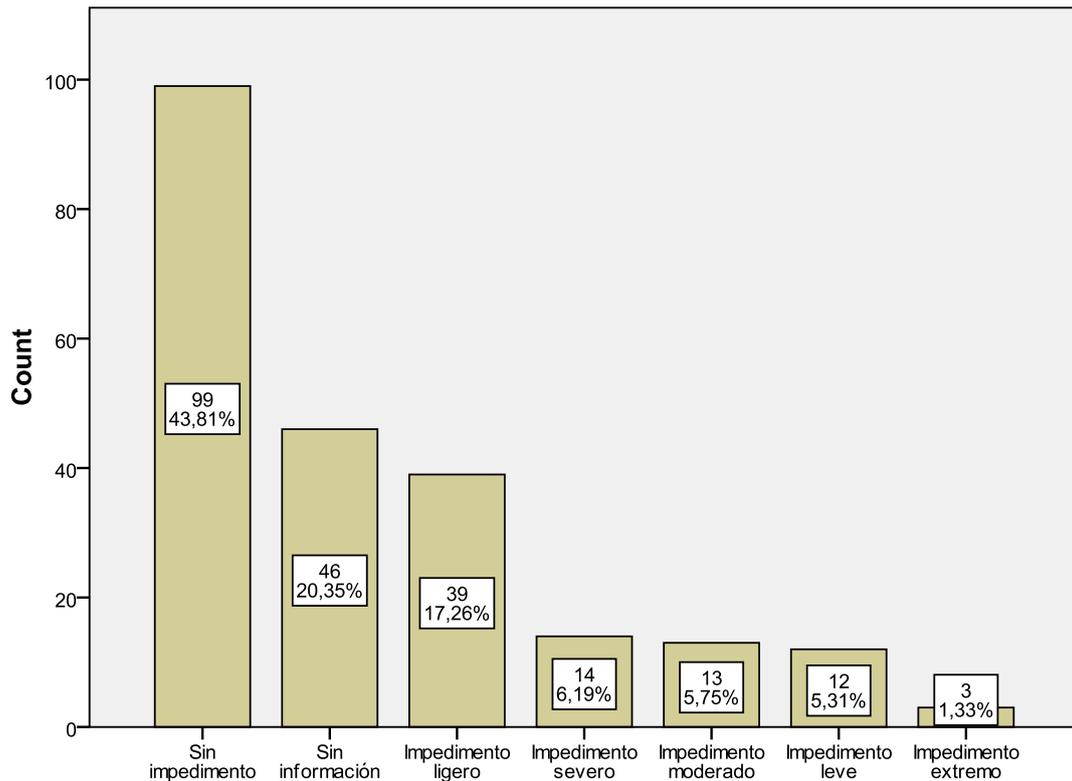
**Gráfica 45. Comportamiento social responsable seis meses antes.**

De acuerdo a lo observado en la Gráfica 45 el funcionamiento por encima del promedio tanto en el trabajo como con amigos se presenta en un 38,73%. El funcionamiento promedio en el trabajo, y con amigos, se presenta en un 27,88 % de los casos. No hay información en el 32,30 % de los casos.



**Gráfica 46: Reporte del auto-control del paciente.**

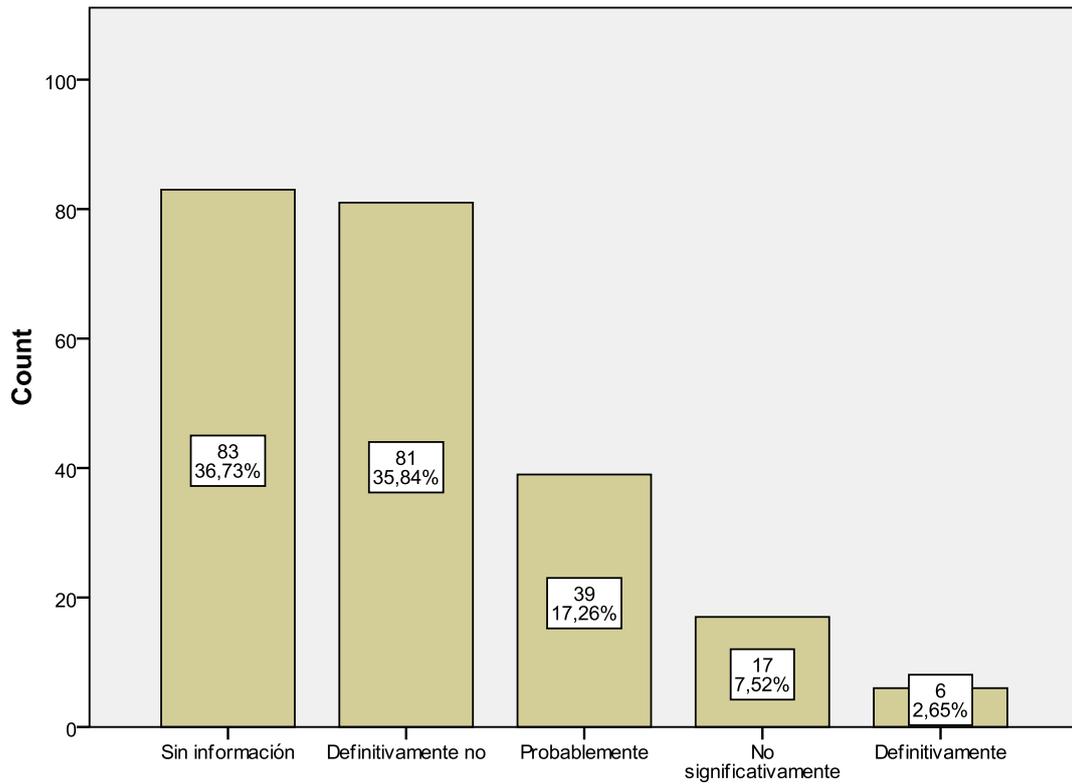
Cuando se le pregunta al interno si hubo algún tipo de autocontrol en la comisión de su delito, los datos aportados por la Gráfica 46, no se aprecia impedimento alguno en el 44,25 % de los casos, como dato más frecuente. Este resulta el dato más representativo de la muestra y el más interesante.



29) ¿Cual es la evaluación del examinador del auto-control del paciente sobre el acto criminal?

Gráfica 47: Evaluación del Examinador acerca del auto-control del paciente.

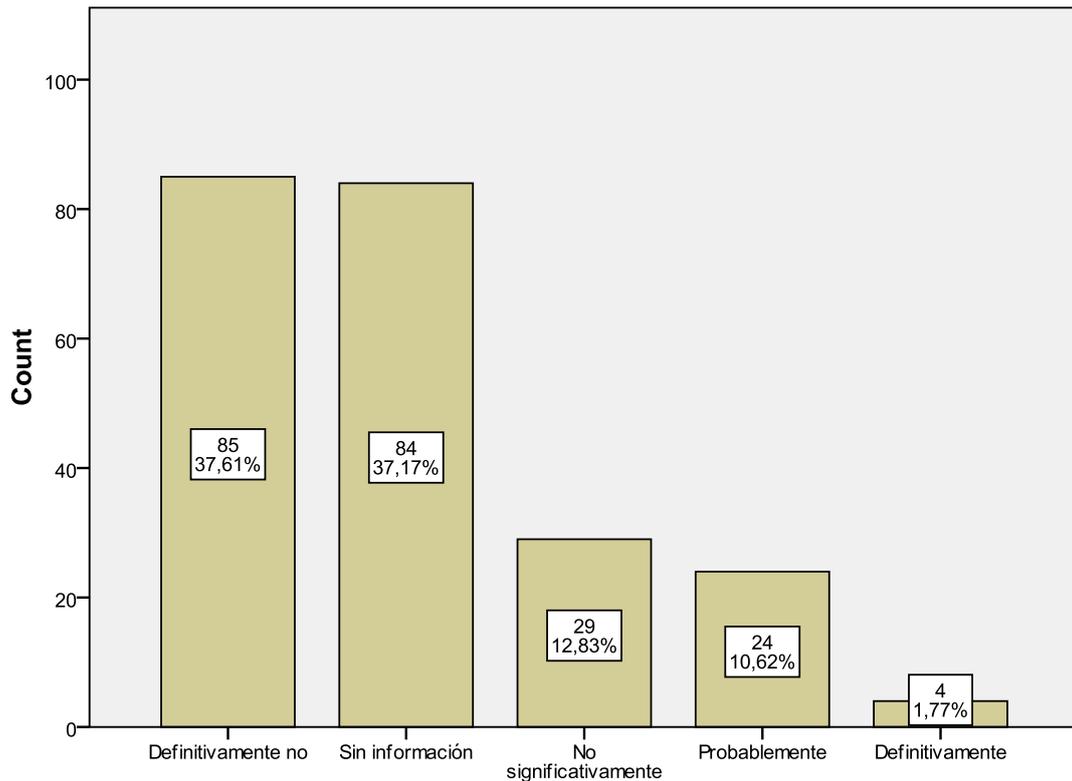
De acuerdo a lo presentado en esta gráfica 47, no hay impedimento como dato más frecuente en el 40,81 % de los casos. Este resulta el dato más relevante desde la perspectiva del examinador, con referencia a la *responsabilidad criminal*.



30) ¿Fue la pérdida de control el resultado de una psicosis no inducida por drogas ?

Gráfica 48. Pérdida de control como resultado de una psicosis no inducida por drogas?

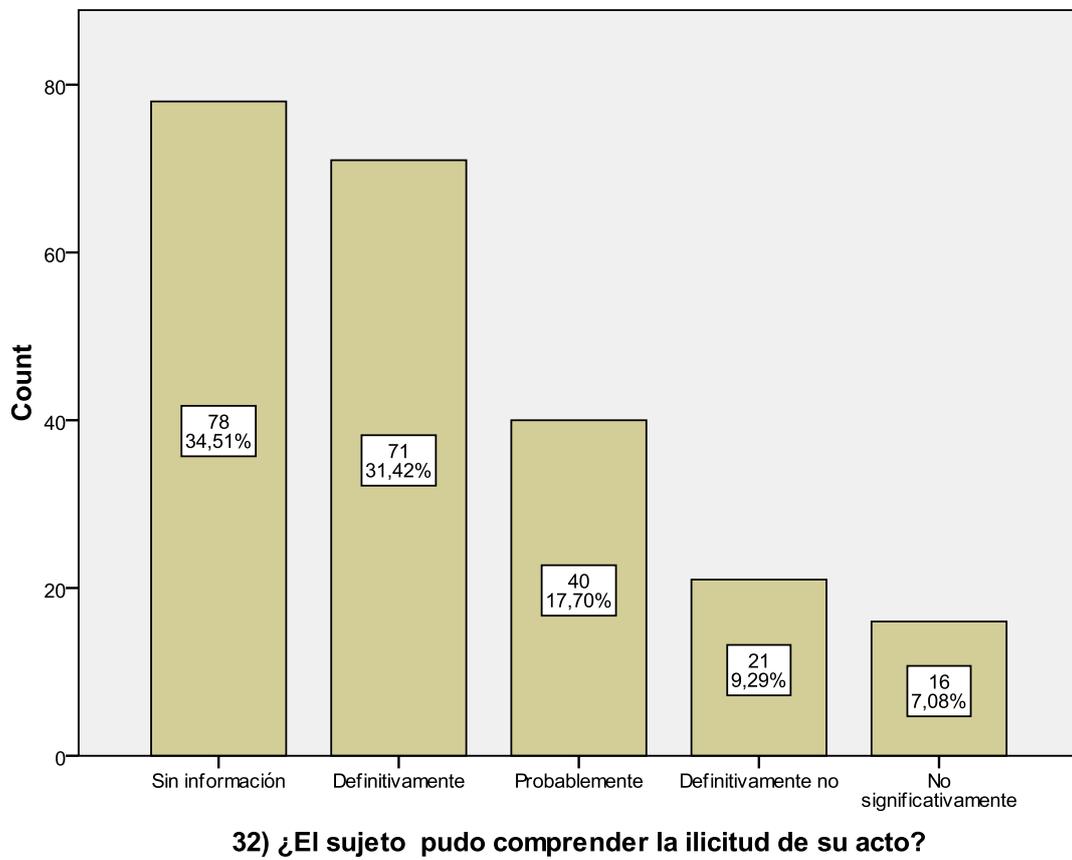
De acuerdo a lo presentado en la Gráfica 48, queda solamente confirmado en un 35,84% de la muestra total la respuesta fue “Definitivamente No”. Es llamativo en la muestra que queda la inquietud de posibles trastornos de tipo psicótico en un 17,26 % de los casos.



**31) ¿Fue la pérdida de control resultado de una psicosis inducida por drogas?**

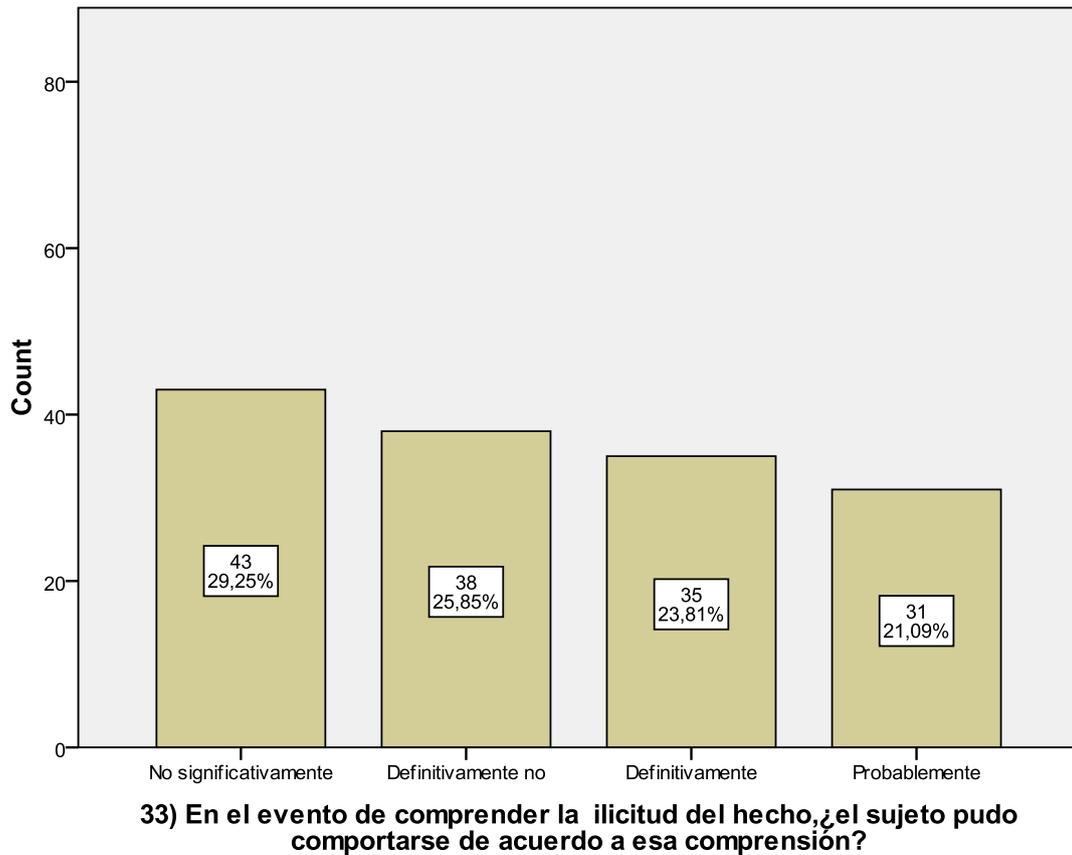
**Gráfica 49. Pérdida de control resultado de una psicosis inducida por drogas.**

De acuerdo a lo presentado en la Gráfica 49 en el 37,61% de los casos “Definitivamente no” fue la respuesta más frecuente, y la probabilidad de una inducción por drogas en un episodio psicótico fue de 10,62 %. Solamente cuatro casos, correspondientes al 1,77 % de la muestra total, fueron explícitos en determinar la pérdida de control como resultado de una psicosis.



**Gráfica 50: Comprensión del sujeto de la ilicitud del acto.**

De acuerdo a lo observado en la Gráfica 50, en el 31,42 % de los casos “Definitivamente” el sujeto pudo comprender la ilicitud del acto. “Definitivamente no” pudo comprender la ilicitud del acto en el 9,29% de los casos.



Gráfica 51: ¿Pudo comportarse de acuerdo a esa comprensión de ilicitud del hecho?

En la Gráfica 51 los sujetos, en el 29,25 % de los casos no pudieron significativamente comportarse de acuerdo a la comprensión de que el hecho era ilícito y no pudo comportarse definitivamente de acuerdo a esa comprensión en el 23,81 % de los casos. Esta pregunta solo es formulada para aquellos sujetos que comprendieron la ilicitud del acto, que está relacionado con la 32.

### ***II.B.3 Tabla de Correlaciones.***

A Continuación se presenta la tabla de correlaciones de la escala del protocolo R-CRAS. En esta no se incluyen los 3 ítems que han sido eliminados, correspondientes a las preguntas 1, 2 y 20.

Los primeros dos ítems se refieren a la Confiabilidad de la prueba, conforme al modelo original, y se eliminan por considerar que no se posible obtener datos fiables acerca de esta con solo estos dos puntos a saber, dada la manera como se presenta esto actualmente.

El ítem 20 se elimina por la manera particular en la que está estructurada la pregunta, que no corresponde a la escala de Likert, en las que están las demás. Estos ítems han sido eliminados de los análisis factoriales, y para ser consistente con esto, se eliminan también de la tabla de correlación que a continuación presentamos:

**Tabla 12. Correlaciones entre los ítems de la R-CRAS (parte 1ª)**

Ítems	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
3	1	,417**	,352**	,492**	-,157*	-,276**	-,047	-,009	-,015	,014	-,062	,075	,265**	-,198**	,270**	-,092
4	,417**	1	,585**	,629**	,096	-,007	,100	,128	,000	-,008	,150*	,130	,128	-,116	,146*	,056
5	,352**	,585**	1	,638**	,153*	,062	,147*	,218**	,060	-,023	,131*	,085	,165*	-,159*	,123	,032
6	,492**	,629**	,638**	1	,224**	,151*	,233**	,288**	-,003	,013	,101	,188**	,248**	-,128	,137*	,099
7	-,157*	,096	,153*	,224**	1	,601**	,711**	,644**	,375**	,408**	,380**	,496**	,445**	,407**	,316**	,559**
8	-,276**	-,007	,062	,151*	,601**	1	,558**	,502**	,376**	,342**	,318**	,536**	,409**	,356**	,253**	,519**
9	-,047	,100	,147*	,233**	,711**	,558**	1	,909**	,391**	,417**	,266**	,459**	,464**	,367**	,296**	,474**
10	-,009	,128	,218**	,288**	,644**	,502**	,909**	1	,329**	,340**	,203**	,441**	,476**	,262**	,203**	,461**
11	-,015	,000	,060	-,003	,375**	,376**	,391**	,329**	1	,263**	,335**	,428**	,441**	,237**	,379**	,467**
12	,014	-,008	-,023	,013	,408**	,342**	,417**	,340**	,263**	1	,113	,481**	,361**	,445**	,569**	,461**
13	-,062	,150*	,131*	,101	,380**	,318**	,266**	,203**	,335**	,113	1	,373**	,305**	,167*	,164*	,342**
14	,075	,130	,085	,188**	,496**	,536**	,459**	,441**	,428**	,481**	,373**	1	,700**	,351**	,334**	,660**
15	,265**	,128	,165*	,248**	,445**	,409**	,464**	,476**	,441**	,361**	,305**	,700**	1	,293**	,418**	,475**
16	-,198**	-,116	-,159*	-,128	,407**	,356**	,367**	,262**	,237**	,445**	,167*	,351**	,293**	1	,377**	,312**
17	,270**	,146*	,123	,137*	,316**	,253**	,296**	,203**	,379**	,569**	,164*	,334**	,418**	,377**	1	,298**
18	-,092	,056	,032	,099	,559**	,519**	,474**	,461**	,467**	,461**	,342**	,660**	,475**	,312**	,298**	1
19	,185**	,218**	,157*	,233**	,407**	,305**	,436**	,404**	,430**	,552**	,161*	,478**	,563**	,256**	,582**	,419**
21	,081	,183**	,257**	,178**	,318**	,291**	,350**	,304**	,360**	,409**	,256**	,379**	,386**	,220**	,380**	,283**
22	,013	,098	,225**	,134*	,391**	,385**	,384**	,346**	,308**	,396**	,268**	,471**	,377**	,294**	,300**	,352**
23	,194**	,275**	,335**	,373**	,293**	,194**	,286**	,283**	,110	,280**	,174**	,310**	,293**	,179**	,318**	,260**
24	-,054	,083	-,002	-,034	,241**	,203**	,204**	,145*	,289**	,394**	,313**	,363**	,360**	,345**	,403**	,287**
25	,248**	,315**	,404**	,565**	,146*	,263**	,184**	,202**	-,009	,004	-,016	,178**	,187**	-,008	,152*	,024
26	,452**	,423**	,410**	,635**	,149*	,156**	,225**	,247**	,018	,086	-,053	,173**	,265**	,054	,256**	,068
27	,421**	,480**	,444**	,667**	,171*	,186**	,240**	,264**	-,008	,110	-,065	,163*	,242**	,066	,236**	,081
28	-,011	,109	,217**	,111	,348**	,334**	,344**	,284**	,359**	,446**	,413**	,345**	,250**	,360**	,454**	,337**
29	-,035	,090	,178**	,062	,336**	,329**	,351**	,281**	,421**	,432**	,439**	,406**	,275**	,364**	,460**	,389**
30	,498**	,432**	,335**	,583**	,090	,144*	,141*	,155**	,036	,122	,112	,227**	,277**	-,065	,307**	,121
31	,370**	,611**	,483**	,583**	,119	,176**	,177**	,194**	,080	,067	,086	,164*	,147*	-,097	,192**	,118
32	,332**	,502**	,425**	,699**	,205**	,101	,197**	,217**	,006	,150*	-,039	,204**	,254**	-,059	,237**	,098
33	,296**	,480**	,467**	,648**	,191**	,058	,209**	,230**	,022	,142*	-,004	,139*	,200**	-,032	,197**	,114

**Tabla 12. Correlaciones entre los ítems de la R-CRAS (Parte 2ª)**

Ítems	19	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33
3	,185**	,081	,013	,194**	-,054	,248**	,452**	,421**	-,011	-,035	,498**	,370**	,332**	,296**
4	,218**	,183**	,098	,275**	,083	,315**	,423**	,480**	,109	,090	,432**	,611**	,502**	,480**
5	,157**	,257**	,225**	,335**	-,002	,404**	,410**	,444**	,217**	,178**	,335**	,483**	,425**	,467**
6	,233**	,178**	,134*	,373**	-,034	,565**	,635**	,667**	,111	,062	,583**	,583**	,699**	,648**
7	,407**	,318**	,391**	,293**	,241**	,146*	,149*	,171*	,348**	,336**	,090	,119	,205**	,191**
8	,305**	,291**	,385**	,194**	,203**	,263**	,156*	,186**	,334**	,329**	,144*	,176**	,101	,058
9	,436**	,350**	,384**	,286**	,204**	,184**	,225**	,240**	,344**	,351**	,141*	,177**	,197**	,209**
10	,404**	,304**	,346**	,283**	,145**	,202**	,247**	,264**	,284**	,281**	,155**	,194**	,217**	,230**
11	,430**	,360**	,308**	,110	,289**	-,009	,018	-,008	,359**	,421**	,036	,080	,006	,022
12	,552**	,409**	,396**	,280**	,394**	,004	,086	,110	,446**	,432**	,122	,067	,150*	,142*
13	,161*	,256**	,268**	,174**	,313**	-,016	-,053	-,065	,413**	,439**	,112	,086	-,039	-,004
14	,478**	,379**	,471**	,310**	,363**	,178**	,173**	,163*	,345**	,406**	,227**	,164*	,204**	,139**
15	,563**	,386**	,377**	,293**	,360**	,187**	,265**	,242**	,250**	,275**	,277**	,147**	,254**	,200**
16	,256**	,220**	,294**	,179**	,345**	-,008	,054	,066	,360**	,364**	-,065	-,097	-,059	-,032
17	,582**	,380**	,300**	,318**	,403**	,152*	,256**	,236**	,454**	,460**	,307**	,192**	,237**	,197**
18	,419**	,283**	,352**	,260**	,287**	,024	,068	,081	,337**	,389**	,121	,118	,098	,114
19	1	,517**	,280**	,313**	,485**	,196**	,312**	,290**	,450**	,442**	,389**	,325**	,356**	,278**
21	,517**	1	,560**	,564**	,458**	,255**	,162*	,116	,550**	,541**	,275**	,238**	,225**	,229**
22	,280**	,560**	1	,657**	,297**	,078	,087	,101	,527**	,527**	,099	,100	,104	,231**
23	,313**	,564**	,657**	1	,282**	,253**	,266**	,281**	,435**	,468**	,312**	,340**	,317**	,361**
24	,485**	,458**	,297**	,282**	1	-,004	,094	,072	,416**	,393**	,179**	,132*	,220**	,169*
25	,196**	,255**	,078	,253**	-,004	1	,449**	,519**	,077	,037	,540**	,516**	,506**	,347**
26	,312**	,162*	,087	,266**	,094	,449**	1	,869**	,091	,033	,546**	,517**	,666**	,553**
27	,290**	,116	,101	,281**	,072	,519**	,869**	1	,072	,024	,543**	,601**	,697**	,608**
28	,450**	,550**	,527**	,435**	,416**	,077	,091	,072	1	,909**	,178**	,179**	,043	,114
29	,442**	,541**	,527**	,468**	,393**	,037	,033	,024	,909**	1	,194**	,211**	,018	,080
30	,389**	,275**	,099	,312**	,179**	,540**	,546**	,543**	,178**	,194**	1	,699**	,585**	,381**
31	,325**	,238**	,100	,340**	,132*	,516**	,517**	,601**	,179**	,211**	,699**	1	,576**	,418**
32	,356**	,225**	,104	,317**	,220**	,506**	,666**	,697**	,043	,018	,585**	,576**	1	,820**
33	,278**	,229**	,231**	,361**	,169*	,347**	,553**	,608**	,114	,080	,381**	,418**	,820**	1

De acuerdo a lo que presenta la Tabla 12 de correlaciones, la pregunta 9 es la que mas altamente se encuentra correlacionada con la 10 con un índice de correlación de 0,909. Esta correlación es notoria, pues ambas preguntas responden a un cuestionamiento acerca de si existe un posible retraso mental (9) y si este retraso está relacionado con la comisión de un supuesto crimen.

También encontramos las preguntas 28 y 29, con el mismo nivel de correlación de 0,909, este dato nos muestra que no hay diferencias claras entre el autoinforme por parte del evaluador, y el autoinforme del evaluado.

Otro punto particularmente interesante apunta hacia las dos preguntas específicamente orientadas a conocer acerca de la *responsabilidad criminal* de la persona evaluada, son la 32 y la 33, con un índice de correlación de 0,82 el cual es particularmente alto, tratándose de dos preguntas diferentes que apuntan a resolver el difícil problema que nos concierne. La pregunta 32, apunta a conocer acerca de si la persona sabía lo que estaba haciendo al momento del crimen, y la 33 sobre si en caso de saberlo la persona actuó bajo esa comprensión. La alta correlación entre ambas nos podría mostrar que en un porcentaje alto de casos, el hecho de que a pesar de conocer la ilicitud del acto la persona actúa bajo esta comprensión.

Se presentaron también en la escala muchas preguntas que no tenían ningún tipo de correlación como la 4 y la 11, cuyos índices fueron 0,00, que corresponden a la pregunta 4 que cuestiona acerca de si hubo algún nivel de intoxicación con drogas, al momento del crimen, y la 11 que pregunta acerca de si hubo algún comportamiento bizarro. Se esperaría en este caso, que los datos estadísticos arrojaran algún tipo de relación pero no es así, dado que se espera que el nivel de intoxicación con drogas que tiene una persona, tuviera algún tipo de relación con cambios en el

comportamiento normal. Así como estos datos bajos de correlación se presentaron también otros que se pueden apreciar en la escala de 0,03, 0,07 etc... Esto podría ir de acuerdo al hecho de que la *responsabilidad criminal* es una temática muy amplia de contenido, que involucra temáticas muy diferentes, y algunas no guardan relación otras, y la estadística así lo demuestra.

#### **II .B .4.- Análisis del Cuestionario R-CRAS:**

##### **II.B.4.1.- Análisis de la fiabilidad del R-CRAS, en su adaptación a la población colombiana a través del índice de homogeneidad aportado por el “alfa” de Cronbach.**

Nos interesa saber qué grado de fiabilidad nos aporta la nueva adaptación del R-CRAS a la población reclusa colombiana.

**Tabla 13. Fiabilidad del R-CRAS ( $\alpha$  de Cronbach)**

Cronbach's Alpha	N of Items
,895	30

La estadística general presenta un alfa de Cronbach de 0,895 el cual es un índice aceptable que nos dice que la coherencia interna entre los ítems que contiene esta prueba R-CRAS, puede considerarse como “bueno” . El dato se extrajo de evaluar 30 elementos tipificados en el test.

##### **II.B.4.2.- Análisis factorial el R-CRAS.**

Nos interesa saber el número de factores y su contribución con la carga de varianza que contiene esta nueva versión colombiana del R-CRAS. Para ello interpretaremos y daremos nombre a los factores aparecidos.

**Tabla 14. Total de la varianza explicada.**

Component	Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %
1	6,721	21,680	21,680
2	4,642	14,973	36,653
3	3,566	11,503	48,156
4	3,540	11,421	59,577

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Se llevó a cabo el análisis de los factores que componen la R-CRAS una vez hecha la adaptación a la población carcelaria colombiana. Según se aprecia en la Tabla 14, se obtuvieron cuatro factores principales que, entre todos contribuyen con casi el 60% de la carga de la varianza (59,577). Los cuatro factores, siguiendo la formulación y contenido de los ítems, fueron denominados como “Psicopatología”, “Organicidad”, “Control cognitivo / conciencia del delito” y “Trastorno de las emociones”, obteniendo la fiabilidad respectiva en la columna siguiente de esta misma Tabla 15. En general, podemos decir que la fiabilidad de cada uno de estos cuatro componentes, una vez analizada, se puede considerar como “bastante aceptable”, siendo la menor de 0,787 y 0,892 la mayor.

**Tabla 15.- Análisis factorial del R-CRAS**

TABLA. ANALISIS FACTORIAL (Reducido a los 4 factores principales)			
Factores (Carga de la varianza %)	Denominación	Ítems que lo componen (carga > 0,40)	Fiabilidad ( $\alpha$ de Cronbach)
Factor 1 (21,680 %)	Psicopatología	3(,604); 4(,696); 5(,648); 6(,863); 25(,645); 26(,788); 27(,827); 30(,718); 31(,745); 32(,828); 33(,725).	0,892 (11 ítems)
Factor 2 (14,973 %)	Organicidad	7(,801); 8(,755); 9(,821); 10(,810); 11(,411); 14(,590); 15(,507); 18(,646)	0,875 (8 ítems)
Factor 3 (11,503 %)	Control cognitivo/conciencia	13(,530); 21(,628);	0,838 (6 ítems)

	del delito	22(,662); 23(,622); 28(,777); 29(,791).	
Factor 4 (11,421 %)	Trastornos de las emociones	12(,680); 16(,474); 17(,740); 19(,692); 24(,610).	0,787 (5 ítems)
Toda la prueba (30 ítems)			0,895 (30 ítems)

NOTA: el ítem número 20 presenta gran incoherencia. No está contemplado en estos análisis. Podría ser añadido a los dos primeros ítems (= FIABILIDAD DE LA PRUEBA).

En este análisis pudimos observar que el ítem número 20 presentaba gran incoherencia y, debido a ello, no se contempló en estos análisis. Cabría la posibilidad de ser añadido a los dos primeros ítems (= fiabilidad general de la prueba) y, que en nuestro análisis factorial, ninguno de ellos fueron contemplados.

Hemos realizado una tabla resumen de los principales factores aportados por el análisis factorial. En principio, los hemos resumido a los cuatro factores principales representados por aquellos cuatro que mayor carga de varianza han aportado al análisis del Cuestionario. Dentro de cada factor, hemos seleccionado los ítems cuyo índice haya superado el criterio de 0,40 para que podamos ver con mayor claridad la composición de estos factores (ver Tabla 16). También se exponen en la Tabla 15 el índice de coherencia ( $\alpha$  de Cronbach) entre los ítems correspondientes a cada factor, dando un mayor peso a los factores.

Como se observa en la Tabla 15, la varianza total corresponde al Análisis factorial realizado y muestra cómo el primer factor, que hemos convenido en denominarlo “*Psicopatología*”, explica el 21,680 % del total correspondiente a un de 6,721 (Tabla 14) de la varianza explicada. Este factor presenta un aceptable índice de coherencia entre sus 11 ítems que lo componen ( $\alpha$  de Cronbach = 0,892). La Psicopatología indicativa de este factor viene justificada por sus mismos ítems y su puntuación respectiva acordada que hacen referencia a trastornos de personalidad, intoxicación drogas en el momento del delito, comportamiento irresponsable y al conocimiento sobre la ilicitud

del hecho delictivo. Por ello se ha estimado que a mayor puntuación obtenida en este factor mayores problemas psicopatológicos implicados en la comisión de los delitos.

El segundo factor que compone esta escala de R-CRAS, en su adaptación colombiana, también muestra un dato representativo explicando el 14,973 % de la varianza (Tabla 15), con un 4,642 del total (Tabla 14) y al que hemos convenido en denominarle “*Organicidad*”. Su fiabilidad, obtenida a través del índice de Cronbach, para los 8 ítems que lo compone, es de 0,875, considerado como “aceptablemente bueno”. En total se presenta un 36,653 % acumulado con la suma de los dos componentes anteriores. La referencia a la *Organicidad* de este factor, tiene su justificación en los ítems que lo componen. Los 8 ítems que lo componen aluden, en una escala de 0 a 5, al daño cerebral y/o a disfunciones cerebrales, delirios, alucinaciones y a una cierta incapacidad intelectual especificada por el retraso mental. Tal y como se encuentran redactados los ítems, la puntuación se encuentra referida por “a mayor puntuación obtenida en el conjuntos de estos ítems, mayor evidencia de *Organicidad*”.

El tercer factor, con un 11,503% de la carga de la varianza, y denominado como “*Control cognitivo / conciencia de delito*” muestra una fiabilidad del 0,838 con los 6 ítems que lo componen. Es también considerado como un aceptable valor. El hecho de denominarlo como *Control cognitivo / conciencia de delito* lo justifica los ítems que lo componen (13, 21, 22, 23, 28, y 29) que nos están informando de la mayor o menor precisión en el recuerdo y/o preparación del delito, de la mayor o menor precisión de conciencia del delito y/o del comportamiento criminal y de sus posibles consecuencias y del autocontrol o impedimento para la consecución del delito. Todo esto nos lleva a considerar que a una mayor puntuación en estos ítems tendríamos un mayor control cognitivo de la situación y/o conciencia de lo que es un delito; es decir, sabe distinguir una buena acción de otra

que no se debe hacer (cognición), conocimiento de que la ley lo penaliza y de que quiere, intencionalmente, llevarlo a cabo (volición).

El último y cuarto factor que compone esta escala de Rogers, contribuye con un 11,421% a la carga del total de la varianza, siendo denominado convencionalmente como “*Trastorno de las emociones*”. Los cinco ítems que componen este factor muestran una aceptable homogeneidad entre ellos ( $\alpha$  de Cronbach = 0,787). La referencia a los Trastornos de las emociones que hemos identificado a este factor, nos viene sugerido por el contenido de los mismos ítems que componen la escala. Ellos nos informan acerca de la ansiedad, depresión, euforia, intensidad del afecto e incluso de la violencia o agresividad que pudieron conllevar o implicar en la comisión de su delito. Cuanto mayor es la puntuación en el conjunto de los diferentes ítems, tanto mayor será denotativo de *Trastorno de las emociones*.

En la siguiente Tabla 16 se expone la matriz de los diferentes componentes o factores rotados y sus correspondientes ítems con sus valores o índices respectivos. Se podrá observar que se han anulado todo aquel que no supere el 0,40 de peso en cada ítem.

De acuerdo con los resultados mostrados en la matriz de componentes rotados, se encontró que, en el componente 1, se presentan los datos de esta manera: ítem 6 presenta el 0,863 de concentración, el ítem 27 presenta el 0,827 y el ítem 32 con el 0,828 como datos más altos.

Tabla 16. Matriz de componentes Rotados<sup>a</sup>.

Resumen descriptivo de los ítems del Cuestionario R-CRAS	Componentes			
	1	2	3	4
3) Los resultados de pruebas aplicadas anteriormente para evaluar trastornos de personalidad indican la presencia de algún tipo de trastorno psicológico?	,604			
4) Nivel de intoxicación con drogas alucinógenas al momento del supuesto crimen	,696			
5) Nivel de intoxicación con Alcohol al momento del supuesto crimen	,648			
6) Nivel de intoxicación algún tipo de remedio o medicina (sin prescripción.) al momento del supuesto crimen	,863			
7) Evidencia de daño cerebral o alteración En el examen neurológico y neuropsicológico resulta que deberá demostrar un impedimento definitivo por una clasificación de 4 a 5	,801			
8) Relación del daño cerebral con la comisión del supuesto crimen	,755			
9) Retraso mental: Administración reciente de un test de inteligencia reconocida por un psicometrista calificado que es necesario para un promedio de retraso definitivo	,821			
10) Relación del retraso mental con la comisión del supuesto crimen	,810			
11) Comportamiento observable bizarro al momento del supuesto crimen				
12) Nivel general de ansiedad al momento del crimen				,680
13) Amnesia para el supuesto crimen.: Esto se refiere a la evaluación de la amnesia del examinador- no necesariamente el paciente haya reportado amnesia			,530	
14) Delirios al momento del supuesto crimen. (referidos a los criterios del DSM IV-R)	,590			
15) Alucinaciones al momento del supuesto crimen.(referida al criterio diagnóstico del DSM IV-R)	,507			,494
16) Humor depresivo al momento del supuesto crimen				
17) Humor elevado o expansivo al momento de el supuesto crimen.( no el resultado del uso de alcohol o droga)				,740
18) Nivel de coherencia verbal al momento del supuesto crimen Incoherencia o impedimento es clasificado solo si hay una base psicopatológica. Peligro: Esta categoría deber ser utilizada solo en las bases de evidencia clínica, nunca inferida.	,646			
19). Intensidad y apropiación del afecto durante la comisión del supuesto crimen. (La emoción predominante era).				,692
20). Evidencia de desorden en el pensamiento formal al momento del supuesto crimen. Esto se refiere a disturbios marcados en la "forma del pensamiento" y no del contenido".	-			
21) Planeando y preparando el supuesto crimen.	,503			
22) Conciencia del comportamiento criminal durante la comisión del supuesto crimen.			,628	
23) Centrado en el crimen. Como era la intención del paciente en escoger y seleccionar la persona u objeto y la situación del crimen.			,662	
24) Nivel de actividad en la comisión del supuesto crimen.				,610
25) Comportamiento social responsable durante la semana previa a la comisión del supuesto crimen.	,645			
26) Comportamiento social responsable durante un mes antes de la comisión del supuesto crimen	,788			
27) Comportamiento social responsable durante 6 meses antes a la comisión del supuesto crimen	,827			
28) Reporte del auto-control del paciente sobre el supuesto comportamiento criminal.			,777	
29) La evaluación del examinador del auto-control del paciente sobre el acto criminal. Debe asumirse predeterminación del comportamiento del paciente sin hacer caso de la presencia o ausencia de alucinaciones o ilusiones.			,791	
30) Fue la pérdida de control el resultado de una psicosis no inducida por drogas ?	,718			
31) Fue la pérdida de control del resultado de una psicosis inducida por drogas?	,745			
32) Desde el punto de vista de la psicología o psiquiatría forense, el sujeto pudo comprender la ilicitud de su acto?	,828			
33) En el evento de comprender la ilicitud del hecho el sujeto pudo comportarse de acuerdo con esa comprensión?	,725			

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 5 iterations.

En el componente 2 los datos más significativos son: el ítem 7 presenta el 0,801, el ítem 9 presenta el 0,821 y el ítem 10 presenta el 0,810, como datos más altos. En el componente 3 los datos más

relevantes son: el ítem 28 con 0,777 y el ítem 29 con 0,791. En el componente 4 el valor de más alta significación estadística es el ítem 17 con 0,740.

#### **II.B.4.3.- Baremación del Cuestionario.**

Una vez realizado el Análisis Factorial se ha procedido al tratamiento estadístico necesario para establecer los baremos de cada una de estos factores implicados en la prueba R-CRAS. Para ello se han tenido que adecuar las puntuaciones directas a las “zonas” de la curva Normal: "*Normal*" (Media + 1.0 Desviación Standard, que se corresponde con el 34,13% de los casos), "*Moderada*" (Media + 1,5 Desviación Standard, que se corresponde con el 40,92% de los casos) y "*Grave*" (Media + 2.0 Desviaciones Standard, que se corresponde con el 47,72% de los casos) en cada uno de los factores hallados. Es decir:

- ✓ Se considerarán como sujetos con, Psicopatología, Organicidad, Control cognitivo, Trast. Afectos, “*Normal*” aquellos que se encuentren entre la Media y  $\pm 1,0$  Desviación Standard.
- ✓ Se considerarán como sujetos con, Psicopatología, Organicidad, Control cognitivo, Trast. Afectos, “*Moderado*” todos aquellos que se encuentren entre 1,0 y 1,5 Desv. Standar.
- ✓ Se considerarán como sujetos con, Psicopatología, Organicidad, Control cognitivo, Trast. Afectos, “*Grave*” todos aquellos que se encuentren entre 1,5 Desv. Standard y 2,0.

Teniendo en cuenta las puntuaciones medias y las desviaciones típicas mostradas en cada uno de los factores contemplados en la Tabla 17, el baremo sería el siguiente:

- **PSICOPATOLOGÍA:** Media = 13,5; 1 Desv. Standard= 9,4; 0,5 Desv. Standard = 4,7

- ✓ **Normalidad** ( $13,5+4,5 = 18,2$ ; rango puntuaciones entre 13 – 22). Serán considerados como Normales, todos aquellos sujetos que tengan una puntuación < 23 puntos en este factor.
- ✓ **Patología Moderada** ( $22,9+4,7= 27,53$ ). Serán considerados todos los que se encuentren entre 23 y 27 puntos.
- ✓ **Patología Grave** ( $27,53+ 4,7 = 32,1$ ). Serán considerados todos aquellos que se encuentren con puntuaciones  $\geq 27$ .

**Tabla 17.- BAREMO (Media  $\pm 1\sigma$ )\***

FACTORES	Media (Min/Max)	Desviación Standard ( $\sigma$ )	Media + 1 $\sigma$ (Moderada)	Media + 1,5 $\sigma$ (Grave)	BAREMO
PSICOPATOLOGÍA (A > Punt. > Psicopatología)	13,45 (0/31)	9,389	22,84	27,53	<23 = Normal 23-27 = Moderada $\geq 27$ = Grave
ORGANICIDAD (A > Punt. > Organicidad)	7,57 (0/20)	2,543	10,113	11,385	<10 = Normal 10-11 = Moderada $\geq 12$ = Grave
CONTROL COGNITIVO / CONCIENCIA DE DELITO (A > Punt. > control cognitivo / conciencia de delito)	11,11 (0/29)	6,723	17,83	21,19	<18 = Normal 18-20 = Moderada $\geq 21$ = Grave
TRASTORNO AFECTIVO (A > Punt. > Trast.Afectivo)	10,15 (0/23)	5,022	15,17	17,683	<15 = Normal 15-16 = Moderada $\geq 17$ = Grave

\*Partimos de que la puntuación directa, en la Curva de Gauss, la Media  $\pm 1\sigma$  es considerada como significativa (= “Moderada”, en nuestro caso) y la Media + 1,5  $\sigma$  también significativa (= “Grave”, en nuestro caso).

- **ORGANICIDAD.** (Media = 7,57;  $\sigma = 2,543$ ; Rango de puntuaciones: 0-20). Se ha de tener en cuenta que a > Organicidad < *responsabilidad criminal*. El baremo sería el siguiente:

- ✓ **Organicidad Normal:** Todos aquellos sujetos que tengan una puntuación < 10 puntos en el factor Organicidad.
- ✓ **Organicidad Moderada:** todos los que se encuentren entre 10 y 11 puntos.

✓ **Organicidad Grave:** todos aquellos que se encuentren con puntuaciones  $\geq 12$  puntos.

- **CONTROL COGNITIVO / CONCIENCIA DE DELITO** (Media = **11,11**;  $\sigma = 6,723$ ). Hemos de tener en cuenta que a  $>$  control cognitivo,  $>$  *responsabilidad criminal*. Observemos que este factor va “en dirección contraria” (a  $\dots > \dots > \dots$ ) en su valoración, al resto de los otros factores. El baremo sería el siguiente:

✓ **Normalidad:** Todos aquellos sujetos que tengan una puntuación  $< 18$  puntos en el factor.

✓ **Control cognitivo/Conciencia de delito Moderada:** todos los que se encuentren entre 18 y 21 puntos.

✓ **Control cognitivo/Conciencia de deliro Grave:** todos aquellos que se encuentren con puntuaciones  $\geq 21$ .

- **TRASTORNO AFECTIVO.** (Media 10,15;  $\sigma = 5,022$ ). Hemos de tener en cuenta que a  $>$  Trastorno  $<$  *responsabilidad criminal*. El baremo sería el siguiente:

✓ **Normalidad:** Todos aquellos sujetos que tengan una puntuación  $< 15$  puntos en el factor Trastorno Afectivo.

✓ **Trastorno afectivo Moderado:** todos aquellos sujetos que se encuentren entre 15 y 16 puntos.

✓ **Trastorno afectivo Grave:** todos aquellos que se encuentren con puntuaciones  $\geq 17$ .

#### **II.B.4.4.- ANALISIS DISCRIMINANTE**

A continuación, mostraremos el Análisis discriminante para contrastar el porcentaje de clasificaciones correctas que hemos hecho y el que el SPSS nos aporta.

Interesaba realizar el Análisis discriminante para poder demostrar que el R-CRAS, en su adaptación a la población colombiana, era adecuado para poder detectar el porcentaje de sujetos que podrían ser correctamente clasificados mediante esta técnica. Los resultados vienen expresados en las siguientes tablas. Este análisis se ha hecho sobre cada uno de los cuatro factores obtenidos del análisis factorial tratando de evitar la dicotomía “todo/nada” y sí teniendo en cuenta tres niveles de discriminación “normal”, “moderada” o grave” anteriormente mencionada.

**II.B.4.4.1 Análisis Discriminante. Psicopatología (R-CRAS).**

El Análisis Discriminante es una técnica de Análisis Multivariante que permite asignar o clasificar nuevos individuos dentro de grupos previamente reconocidos o definidos. En definitiva, es una técnica de clasificación donde el objetivo es obtener una función capaz de clasificar a un nuevo individuo a partir del conocimiento de los valores de ciertas variables discriminadoras. Esta técnica nos va a poder aportar la probabilidad diagnóstica de clasificar a los sujetos correctamente dentro de los grupos previamente asignados por las puntuaciones que han tenido en los diferentes factores.

**Tabla 18.- Resultados de la clasificación del grado de Psicopatología en el R-CRAS\***

GradoPsicopatol		Predicted Group Membership			Total
		Normal	Moderada	Grave	
Original	Count				
	Normal	98	22	0	120
	Moderada	0	36	1	37
	Grave	0	0	5	5
	Ungrouped cases	64	0	0	64
%	Normal	81,7	18,3	,0	100,0
	Moderada	,0	97,3	2,7	100,0
	Grave	,0	,0	100,0	100,0
	Ungrouped cases	100,0	,0	,0	100,0

\*. 85,8% of original grouped cases correctly classified.

De este análisis, mostrado en la Tabla 18, se ha obtenido la siguiente información:

- De los 120 sujetos que hemos considerado como *Normal* con nuestro baremos, hemos acertado en 98 sujetos (81,7%) y con 22 hemos errado (18,3%).
- De los 37 sujetos que hemos considerado como con Psicopatología *Moderada* con nuestros baremos, hemos acertado en 36 sujetos (97,3%) y con 1 hemos errado (2,7%).
- De los 5 sujetos que hemos considerado como con Psicopatología *Grave* con nuestros baremos, hemos acertado con todos 5 (100%) y no tenemos ningún error de diagnóstico.
- Considerando en conjunto (Normales + Moderada + Grave), esta prueba, del Análisis discriminante, considera que hemos clasificado correctamente al 85,8% de los sujetos.

**II.B.4.4.2 Análisis Discriminante. Organicidad. (R-CRAS)**

**Tabla 19.-** Resultados de la clasificación del grado de Organicidad en el R-CRAS\*

Grado Organic			Predicted Group Membership			Total
			Normal	Moderada	Grave	
Original	Count	Normal	188	0	0	188
		Moderada	0	18	0	18
		Grave	0	0	3	3
		Ungrouped cases	17	0	0	17
	%	Normal	100,0	,0	,0	100,0
		Moderada	,0	100,0	,0	100,0
		Grave	,0	,0	100,0	100,0
		Ungrouped cases	100,0	,0	,0	100,0

\*100,0% of original grouped cases correctly classified.

- La Tabla 19 muestra el “Grado de Organicidad” donde el 100% de los sujetos han sido correctamente clasificados, en cualquiera de los tres niveles analizados, por el análisis discriminante realizado con el SPSS.

### II.B.4.4.3 Análisis Discriminante/ Control Cognitivo (R-CRAS)

Tabla 20.- Resultados de la clasificación del grado de Control Cognitivo / Conciencia de delito en el R-CRAS\*

Grado ContrCognit			Predicted Group Membership			Total
			Normal	Moderado	Grave	
Original	Count	Normal	136	19	0	155
		Moderado	0	20	0	20
		Grave	0	3	18	21
		Ungrouped cases	30	0	0	30
	%	Normal	87,7	12,3	,0	100,0
		Moderado	,0	100,0	,0	100,0
		Grave	,0	14,3	85,7	100,0
		Ungrouped cases	100,0	,0	,0	100,0

\*. 88,8% of original grouped cases correctly classified.

Al realizar el análisis discriminante sobre el grado de control cognitivo / conciencia de delito, mostrado en la Tabla 20, podemos decir que:

- De los 155 sujetos que hemos considerado como *Normal* con nuestros baremos, hemos acertado en 136 sujetos (87,7%) y con 19 hemos errado al clasificarlo como tal (12,3%).
- De los 20 sujetos que hemos considerado como *Moderado* con nuestros baremos, hemos acertado en 20 personas (100%) y no hemos clasificado erróneamente a ninguno.
- De los 21 sujetos que hemos considerado como *Graves* con nuestros baremos, hemos acertado con 18 sujetos (85,7%) y en 3 (14,3%) hemos errado.

Considerando en conjunto (*Normal + Moderada + Grave*), esta prueba considera que hemos clasificado correctamente al 88,8% de los sujetos.

#### II.B.4.4.4 Análisis Discriminante: Trastorno Afectivo. (R-CRAS)

Tabla 21.- Resultados de la clasificación del grado de Trastorno afectivo en el R-CRAS\*

GradoTrastAfect			Predicted Group Membership			Total
			Normal	Moderado	Grave	
Original	Count	Normal	156	16	0	172
		Moderado	0	17	1	18
		Grave	0	2	11	13
		Ungrouped cases	23	0	0	23
	%	Normal	90,7	9,3	,0	100,0
		Moderado	,0	94,4	5,6	100,0
		Grave	,0	15,4	84,6	100,0
		Ungrouped cases	100,0	,0	,0	100,0

\*. 90,6% of original grouped cases correctly classified.

La Tabla 21 nos muestra, en puntuaciones directas y porcentuales, los resultados de los reclusos correctamente clasificados con “Grado de trastorno afectivo” en sus diversos niveles (normal-moderado-grave). De este análisis se concluye que:

- De los 172 sujetos que hemos considerado como *Normal* con nuestro baremos, hemos acertado en 156 (90,7%) sujetos y con 16 (9,3%) hemos errado.
- De los 18 sujetos que hemos considerado con Trastorno afectivo *Moderado*, con nuestros baremos, hemos acertado en 17 (94,4%) y en 1 (5,6%) hemos errado.
- De los 13 sujetos que hemos considerado con Trastorno Afectivo *Grave*, con nuestros baremos, hemos acertado con 11 (84,6%) y en 2 (15,4%) hemos errado el diagnóstico.

Considerando en conjunto (*Normal + Moderado + Grave*), esta prueba considera que hemos clasificado correctamente al 90,6% de los sujetos.

Con respecto al Análisis Discriminante (que nos ha clasificado a los sujetos y nos ha criticado si lo hemos hecho correctamente o no), hemos de tener en cuenta que los tests no disponen de una fiabilidad y validez del 100%, y por ello, siempre es adecuado para el evaluador “apoyarse” en otro tipo de información porque siempre tienen un margen de error (y la prueba que hemos hecho con este tipo de análisis nos lo ha confirmado).- De todas formas, con los resultados expuestos en este trabajo con el Análisis Discriminante, podemos considerar como “aceptable” el porcentaje de diagnóstico correcto. La repercusión de esta “aceptabilidad” de la prueba que hemos considerado, puede tener todo tipo de problemas según el contexto en el que se aplique. Dentro de la administración de Justicia, un error de diagnóstico puede generar graves consecuencias para la persona, por las mismas consideraciones que ello implica. Por ello es importante considerar que el establecimiento de un diagnóstico debe considerarse acompañado de todas aquellas técnicas que nos puedan aportar información relevante sobre el hecho y, entre ellas, la entrevista autobiográfica nunca debería faltar.

### **III. CONCLUSIONES**

En relación al recorrido teórico sobre el contenido de la *responsabilidad criminal*, puede afirmarse que no es posible agotarlo en un solo estudio, pues implica una gran disimilitud y variabilidad de temas intrínsecos. El punto central se refiere a la pregunta acerca de *si la persona sabía o no lo que estaba haciendo en el momento de la comisión de un crimen.*

Cuando se revisan investigaciones acerca del término *responsabilidad criminal*, como concepto de Psicología Forense, solo se encuentran investigaciones específicas relativas a su explicación en libros de origen anglosajón, tales como el *Handbook of forensic Psychology* de Hess Allen K. y Weiner Irving B. (1999). Por lo que se considera que la línea de *responsabilidad criminal*, con fines de investigación científica, bajo los cánones actuales es nueva, pues sólo se tienen precedentes conocidos en Estados Unidos. Tanto así que el origen del término tuvo que ser buscado - como se puede apreciar en la introducción- a través de libros y tratados de *Criminología*, tales como (Fontalvo,2001) donde puede verse claramente que solo se observan trabajos aislados, relativos a ciencias del Derecho principalmente, como es el caso de su origen en España.

Además, se han presentado métodos de Evaluación Forense con protocolos específicos que apuntan a determinar el estado mental del sujeto al momento de la comisión del crimen, tales como el R-CRAS y el MSE lo cuál anteriormente era impensable en Psicología Clínica, porque los instrumentos tradicionalmente utilizados con fines de evaluar la psicopatología de la persona no presentan este elemento indispensable.

En España se han realizado investigaciones que brindan luces a los peritos en psicología o psiquiatría forenses, acerca de lo correspondiente a las temáticas propias de lo que es la Evaluación

Forense en Psicología, que repercuten directamente sobre la manera como se valora la *responsabilidad criminal*, siendo de gran importancia e interés para esta Tesis Doctoral el trabajo realizado por Jimenez y Sanchez (2003). Frente a la búsqueda del esclarecimiento de la *responsabilidad criminal* se encuentran los aportes a nivel interdisciplinario de la Biología, la Genética y las Neurociencias. Ejemplo de esto, son los estudios de Hare acerca de la Psicopatía, que son revisados en la Tesis, desde la primera clasificación de Cleckley (1976) hasta los estudios recientes de Harenski, Kim y Hamann, (2009), Glenn, A, Raine, A y Shug, R, (2009), así como un estudio también bastante próximo y actualizado de Hare, y Newman, (2009) que contribuye a ampliar nuestro conocimiento de la psicopatía. Aunque no todos los psicópatas son criminales, el conocimiento de la estructura psicopática nos acerca un paso más en el camino de resolver el difícil enigma del comportamiento criminal

Según los objetivos, general y específico, planteados en este estudio con 226 homicidas colombianos, y siguiendo el diseño elaborado, estamos en disposición de hacer las siguientes conclusiones:

1.- Se ha podido demostrar, a través de las gráficas correspondientes de los distintos ítems que componen, que el R-CRAS de Rogers es un instrumento de evaluación adecuado y efectivo para evaluar la *responsabilidad criminal* de los homicidas internos en cárceles colombianas.

Los resultados de la Tabla de Correlaciones de Pearson mas significativos son:

El ítem 9 y el ítem 10 que ambos apuntan a indagar sobre si existe retraso mental en la persona evaluada.

El ítem 28 y el 29, sobre la apreciación del auto-informe donde no se observan mayores diferencias entre lo que responde el sujeto, y la apreciación del evaluador.

Las preguntas específicas del modelo legal colombiano, que son el ítem 32 y 33, que apuntan a conocer acerca de la *responsabilidad criminal*, donde se observa una estrecha relación entre el conocimiento de lo ilícito del hecho punible y la realización del acto.

Se observa una extraordinariamente baja correlación entre el ítem 4, y el ítem 11, con un valor de 0,00

2°.- A través de los diferentes análisis Psicométricos (Fiabilidad, Análisis Factorial, Análisis Discriminante, etc.) se ha podido demostrar que el R-CRAS de Rogers es un instrumento válido y fiable para poderlo aplicar a una población colombiana y determinar la *responsabilidad criminal* en la comisión de delitos de los homicidas colombianos.

Los diversos análisis discriminantes realizados, muestra una clasificación adecuada superior al 85,5 de los casos en todos los estudios.

Los resultados del presente trabajo puntualmente nos muestran lo siguiente:

- ✓ En lo referente a la fiabilidad del R-CRAS de Rogers, ésta presenta un alfa de Cronbach, basada en 30 elementos tipificados, de 0,895 que nos demuestra que es un índice aceptable de consistencia interna entre sus ítems.
- ✓ Según el análisis factorial el R-CRAS de Rogers muestra 4 componentes principales, se presentaron los valores más representativos que son el 1 y 2, con valores de fiabilidad de los dos primeros factores de 0,892 y 0,875 respectivamente y en lo correspondiente a la

varianza explicada presentan unos valores de 6,721 para el primer componente y 4,642 para el segundo.

#### **IV. DISCUSIÓN**

Esta investigación, acerca de la Valoración de la *responsabilidad criminal*, en procura de un mayor conocimiento de la temática a nivel global, no tiene precedentes en Colombia ni tampoco hay estudios a profundidad en Latino-América de éste.

La Revisión teórica que se realiza es complementada con la adaptación de un instrumento que evalúa *la responsabilidad criminal* y que facilita las Evaluaciones en Psicología y Psiquiatría Forenses.

Se ha encontrado muy poca información acerca de investigaciones con este instrumento en particular, a excepción de un estudio realizado en China donde se utilizaron los modelos de decisión anglosajones comparándolos con el modelo de la Universidad de China del Este: (Hu Z , X Liu, 1997).

Este estudio nos muestra un precedente en la utilización del R-CRAS de Rogers, bajo un modelo legal diferente al anglosajón, por lo que a partir de aquí se concibe la posibilidad de pensar una posible adaptación del instrumento para población Colombiana, e incluso Española posteriormente, tomando en consideración su modelo legal, y por supuesto después de tomar en consideración aspectos culturales y sociales relativos al protocolo.

El estudio de China utiliza el China University model, y en Colombia a modo de comparación se utilizó el Código Penal Colombiano, como precedente para la formulación de preguntas explícitas correspondientes al ítem 32 y al ítem 33. Aunque el estudio de China no muestra una uniformidad entre grupos controles y experimentales, tiene la gran ventaja de haber podido evaluar 92 sujetos

con esquizofrenia. Debido a la alta población que habita en China del Este, es comprensible que se hayan podido lograr estas interesantes comparaciones, pero en la Costa Atlántica solo se pudieron evaluar 5 casos de personas que ante la ley presentaban alguna forma de psicosis, y que habían sido sindicadas o acusadas de homicidio, por lo que la investigación enfatizó principalmente en personas consideradas “*responsables criminalmente*” ante la ley.

En las 180 revisiones bibliográficas investigadas y traducidas, (psycinfo database record (c) 2.007 APA), no se encontró ningún trabajo sobre intentos de adaptación del R-CRAS en otros países.

Nuestra primera investigación resultó una prueba piloto del R-CRAS, por lo que al principio de la investigación se presentaron algunas dificultades, que fueron subsanadas posteriormente.

En el primer modelo se omitió una pregunta importante en relación al Nivel Educativo de los participantes, lo cual se tuvo en consideración posteriormente

Inicialmente en la prueba piloto la traducción se realizó lo más fiel posible al texto original. Debido a que estas preguntas incluyen aspectos relacionados con temas de Psicología y Psiquiatría forense y con aspectos legales y hasta no realizar un mayor estudio a nivel teórico de los tópicos concernientes al contenido de *la responsabilidad criminal* en Homicidas, no se consideró oportuno en ese momento realizar ningún cambio “las diferencias culturales no permiten hacer una simple traducción de estos documentos” (Costa, Brito, 2002).

Por tanto cuando se realizaron las modificaciones pertinentes para la investigación del 2009 si se tuvieron en cuenta las variables culturales y se consideraron las dificultades de comprensión que pudieron ocurrir anteriormente.

Otro inconveniente que se tuvo en esa época y que se considera al momento presente, es el hecho de que no se tuvo acceso a las fuentes de información documentada de los participantes, que sirven de sostén a la evaluación, y que resultan necesarias como estudio previo a estos. La misma prohibición continúa al momento presente, por lo que esta dificultad solo pudo resolverse *parcialmente*, realizando algunas preguntas preliminares, con el fin de obtener más información de los participantes, aunque se debe reconocer que es una seria limitación en relación a conseguir la veracidad de la información solicitada.

Inicialmente no se incluyeron las preguntas comparativamente relacionadas con los Modelos de Decisión en el estudio, y en el estudio posterior, también se supero esta dificultad, debido a que fueron entrevistados varios legisladores, con el fin de poder articular las preguntas importantes para valorar la *responsabilidad criminal* por el perito, de acuerdo a las consideraciones establecidas por el Sistema Legal Colombiano.

Estas preguntas que comparativamente pretenden responder este cuestionamiento fundamental, que es la *responsabilidad criminal*, son la 32 y la 33 del protocolo.

Se considera esta investigación un acercamiento, hasta donde se conoce sin precedentes en Colombia, y que explora un tema específico de la Psicología Forense como es el de la *responsabilidad criminal* en un área especializada.

Además, el no conocer antes de este estudio, instrumentos específicos forenses que evalúen la *responsabilidad criminal* en Colombia, y el que la investigación no halla arrojado ningún tipo de información al respecto, muestra a las claras la falta de organización en ese sentido de la Psicología Forense en Colombia y la perentoriedad de éste tipo de investigaciones en el mañana.

No es extraño entonces que en el estudio realizado acerca de la Psicología Forense en Iberoamérica el nombre de Colombia no figure entre los que han realizado avances en esta área:

“Podríamos haber ordenado los países por orden alfabético, pero nos ha parecido más oportuno utilizar el criterio geográfico empezando por el cono sur y terminando en Centroamérica y el Caribe, ciertamente en este caso “el orden de los factores no altera el producto” y quedan ordenados por tanto así: Argentina, Chile, Uruguay, Ecuador, Brasil, Venezuela, México, República Dominicana y Puerto Rico. (Romero)” (Urrea, 2002)

Tampoco se conocen estudios sobre los tipos de instrumentos utilizados, ni datos estadísticos que enriquezcan la investigación en este sentido. Al haber muy poca investigación en el área de Psicología Forense en Colombia, los conceptos fundamentales de ésta, en muchos casos aún permanecen prácticamente desconocidos.

Una investigación de tipo descriptivo acerca del contenido de la *responsabilidad criminal* muestra como las investigaciones realizadas al respecto se encuentran en países tales como Estados Unidos de América, la Unión Europea y Canadá:

“La psicología jurídica no solo es reciente en Estados Unidos (sección de la División de la APA en 1967) dicha especialidad sección división se fue abriendo en Canadá y los distintos países de Europa en estos últimos veinte años, apareciendo las primeras cátedras y la sección de psicología Jurídica en el Colegio Oficial de Psicólogos de España de los ochenta (Romero)” (Urrea, 2002)

A este primer obstáculo que se encuentra en la investigación consistente en que no tiene precedentes, pues los instrumentos acerca de la evaluación de la *responsabilidad criminal* no

existen en Colombia actualmente, se le suma el hecho, de que el término como tal, es un término legal utilizado en EEUU, que tiene unas profundas bases psicológicas.

Debido a esto, en el sistema legal colombiano, el término como tal es inexistente, así que el equivalente legal que se encuentra es la denominada *responsabilidad penal*, que apunta a resolver el difícil problema de la posible *imputabilidad* del acusado. De acuerdo con la investigación se encontró que a pesar del R-CRAS ser un instrumento estandarizado, y con niveles aceptables de confiabilidad y validez los psicólogos forenses en EEUU (Archer, 2006) y en España (Jiménez, Sánchez, 2003) muestran en sus investigaciones ya presentadas, cómo se está utilizando el MMPI y el MMPI- 2 con mucha mayor frecuencia para las evaluaciones forenses.

Entre las razones para esto habría que anotar que el R-CRAS no presenta suficientes preguntas para evaluar la Psicopatología, que a los Psicólogos Forenses les resulta fundamental a la hora de evaluar el estado mental de un sujeto. “Si un acusado intenta fingir psicopatología en el curso de una evaluación por NGRI, ocurre al momento de la evaluación, no al momento del supuesto crimen” (Archer 2006)

Otra posibilidad es la falta de conocimiento de los psicólogos o psiquiatras, que actúan como peritos de este tipo de instrumentos específicos especializados, que complementan los tradicionales Test de uso Clínico tales como el MMPI original o el MMPI- 2 que se utilizan para evaluar la psicopatología.

En términos generales y como corolario a lo anterior puede decirse que se tuvieron en cuenta las limitaciones que el mismo Rogers planteo de su protocolo con fines de adaptación a futuro (Rogers,

1987), para el autor, el R-CRAS no sustituye un adecuado entrenamiento y experiencia en evaluaciones forenses, por lo que solo puede realizarse por evaluadores cualificados.

El otro punto importante que hay que considerar se encuentra en la “simulación” de estos pacientes, pues el MMPI muestra escalas que evalúan este punto fundamental, mientras que el R-CRAS a este respecto, presenta solo 2 ítems, no para que arroje resultados estandarizados de las respuestas del sujeto, sino la apreciación del psicólogo o psiquiatra Forense, que a pesar de la pericia de los profesionales, entraña en sí misma, una limitación.

Sin embargo, la evaluación del Instrumento de *responsabilidad criminal* cuando es aplicado con participantes de la prisión, arroja resultados puntuales en Psicología Forense que no se encuentran en las pruebas de Psicología Clínica actualmente utilizadas, como es el caso de las preguntas en relación al crimen y a la situación mental del sujeto.

Por tanto, esta herramienta –de acuerdo al criterio del investigador- Clínica - Forense, el R-CRAS puede ser de gran utilidad como prueba complementaria a las Evaluaciones Clínicas con un alto nivel de confiabilidad.

Una adaptación de esta prueba en Colombia, tomando en consideración los aspectos importantes del sistema legal colombiano en relación a si en el procesamiento penal de una persona se realiza una defensa considerando la inimputabilidad de éste debido a anomalía o trastorno mental, puede llegar a ser un recurso propio del perito

Se considera que para posteriores adaptaciones de un Instrumento de este tipo en Colombia puede resultar de utilidad tener en cuenta la información recopilada a raíz de esta investigación sumada al

conocimiento que nos proporcionó el procedimiento realizado de la entrevista a sujetos condenados por homicidio.

También hay que agregar información concerniente a los primeros estudios de validación del R-CRAS de Rogers en el Isaac Ray Center en Chicago, y en el Centro de Tratamiento de los tribunales de Justicia en Toledo, Ohio (Rogers, 1984)

Habría que agregar que las preguntas específicamente forenses en relación al contenido de la *responsabilidad criminal* que se encuentran al interior del instrumento, proveen información estadística en Colombia que podría ser de utilidad en otros estudios relacionados con Homicidios abriendo paso así a investigaciones posteriores en áreas relacionadas con el estudio psicológico de los criminales, o en áreas relacionadas con la prevención de homicidios, en lo correspondiente a el papel de la psicología forense, jurídica o criminal entre otras.

Los estudios estadísticos que se realizan de las variables adicionales a las puntuales del contenido de la *responsabilidad criminal* pueden ser útiles a la hora de explorar estas otras posibles líneas de investigación a futuro.

Por último, a modo de auto-crítica, habrá que mencionar que debido a que el R-CRAS utiliza variables relacionadas con temas teóricos como auto-control, y tratar temas tales como control de la conducta, o control cognitivo entre otros, que clásicamente pertenecen a la escuela cognitiva, en la que se apoyan muchos psicólogos y psiquiatras actualmente, resulta pertinente realizar una investigación teórica más exhaustiva de estos tópicos en un futuro.

## V. BIBLIOGRAFÍA.

- Adshead, G. (2005). Review of Self-Made Madness: Rethinking Illness and Criminal Responsibility. *British Journal of Psychiatry* 186(1)
- Alper, J.-S. (1998). Genes, free will and criminal responsibility. *Social Science and Medicine* 46(12):
- Anita, E. (2006). Buntetojogi felelosseg ittás allapotban / Criminal responsibility in drunkenness. *Psychiatria Hungarica* 21(1)
- Archer Robert P. (2006). *Forensic Uses of Clinical Assessment Instrument*. New Jersey, USA: Lawrence Earlbaum Associates Publishers.
- Archibald, H.-C. (1960). *Criminal responsibility and mental illness*. *Humanist*. (20).
- Badger, M.-J. (1977). Clinicians in the courtroom: An interdisciplinary attitude assessment relating to commitment, criminal responsibility, disposition and the assessment of dangerousness. *Dissertation Abstracts International* 37(12-B, Pt
- Behnke, S.-H. (1997). Assessing the criminal responsibility of individuals with multiple personality disorder: Legal cases, legal theory. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law* 25(3)
- Ben-Porath, Yossef; Graham, John; Hall, Gordon et al. (1995). *Forensic Applications of the MMPI-2*. Estados Unidos: SAGE.
- Berman, M.-E. y E.-F. Coccaro (1998). Neurobiologic correlates of violence: Relevance to criminal responsibility. *Behavioral Sciences and the Law* 16(3).

Berry, R. G. (1966). Patients or criminals? *Canadian Psychologist\_Psychologie Canadienne* 7(5).

Billikas, C.-N. (1991). Conflicts of the forensic psychologist in performing criminal responsibility evaluations. *Dissertation Abstracts International* 51(8-B).

Blackburn, R. (2005). *The Psychology of Criminal Conduct. Theory, Research and Practice*. England: Wiley.

Borum, R. y Appelbaum K.-L. (1996). Epilepsy, aggression, and criminal responsibility. *Psychiatric Services* 47(7).

Broadman, R. (2000). Utah's mens rea test for criminal responsibility is not unconstitutional. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law* 28(2).

Buron, J. (2003). *Psicología médico-forense: La investigación del delito*. España: Desclee de Browe.

Bursztajn, H.-J., A.-E. Scherr, et al. (1994). The rebirth of forensic psychiatry in light of recent historical trends in criminal responsibility. *Psychiatric Clinics of North America* 17(3).

Brugha, T., Singleton, N., Meltzer, H., Bebbington P., Farrel, M., Jenkins, R., Coid, J., Fryers, T., Melzer D., Lewis, G. (2005). Psicosis en la comunidad y en las cárceles. Un informe de la British Nacional Survey of psychiatric morbidity. *Am J Psychiatry (Ed Esp)* 8.

Caldwell, R.-M., Mandracchia, S.-A. et al. (2003). Competency to stand trial and criminal responsibility: An examination of racial and gender differences among African American and Caucasian pretrial defendants. *American Journal of Forensic Psychology* 21(3).

Carroll, A. y A. Forrester (2005). Depressive Rage and Criminal Responsibility. *Psychiatry, Psychology and Law* 12(1).

- Ciccione, J. R. (1986). A new look at an old problem: Expert witnesses and criminal responsibility. *Psychiatric Annals* 16(7).
- Clemente, M y Espinoza, P (2001). La mente criminal: Teorías explicativas del delito desde la psicología Jurídica. Editorial Dykinson. Madrid, España.
- Código Penal. Ley 599 del 2000 (2009). Legis Editores. Bogota, Colombia.
- Cohen, D. A. y Ben-David S. (1994). The criminal responsibility of the mentally ill 45 years of insanity. *Sihot/Dialogue: Israel Journal of Psychotherapy* 8(3).
- Consejo general de colegios oficiales de psicólogos de España. Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos. (2003). *Psicología Clínica y psiquiatría*. Vol. 24(085). Madrid. España.
- Cooke. J, Hart.S., Mchie Ch. (2004). Cross-National differences in the assessment of psychopathy: Do they reflect variations in raters perceptions of symptoms? *Psychological Assessment*. Vol 16. (3)
- Coons, W. H. (1982). Review of Mental Disorder and Criminal Responsibility. *Canadian Psychology Psychologie Canadienne* 23(1).
- Costa, N. y De Brito E. (2002). Adaptación cultural de instrumentos utilizados en salud ocupacional. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 11(2).
- Craig, R. J. (2005). *Personality-Guided Forensic Psychology*. Estados Unidos: American Psychology association.
- Cullingworth, C. J. (1896). The Criminal Responsibility of the Insane. *St Thomás' Hospital Report*.

- Daniel, A.-E. y Menninger K. (1983). Mentally retarded defendants: Competency and criminal responsibility. *American Journal of Forensic Psychiatry* 4(4).
- Daniel, F. E. (1898). The Criminal Responsibility of the Insane. *Arena*.
- Dinwiddie, S.-H. (1996). Genetics, antisocial personality, and criminal responsibility. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law* 24(1).
- Dreher, R.-H. (1967). Origin, Development and Present Status of Insanity as a Defense to Criminal Responsibility in the Common Law. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*(1).
- Dresser, R. (1999). Criminal responsibility and the "genetics defense".
- Dressing, H., H.-J. Salize, et al. (2007). Legal frameworks and key concepts regulating diversion and treatment of mentally disordered offenders in European Union member states. *European Psychiatry* 22(7).
- Drukeinis, A.-M. (1986). Criminal responsibility of juvenile offenders. *American Journal of Forensic Psychology* 4(2).
- Eastman, N. y C. Campbell (2006). Neuroscience and legal determination of criminal responsibility. *Nature Reviews Neuroscience* 7(4).
- Eccleston, L. y Ward, T. (2004). Assessment of dangerousness and criminal responsibility.
- Eckhardt, W. (1966). Criminal Responsibility. *American Psychologist* 21(10).
- Eigen, J.-P. (1999). Lesion of the will: Medical resolve and criminal responsibility in Victorian insanity trials. *Law and Society Review* 33(2).
- Elliot, C. (1996). Key concepts: Criminal responsibility. *Philosophy, Psychiatry, and Psychology* 3(4).

- Ferracuti, S. y M. Marasco (1994). The criminal responsibility of drug and alcohol abusers. *Journal of Drug Issues* 24(4)
- Filkin, A.-J. (2003). The effect of racial stereotypes on criminal responsibility decision-making. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering* 64(1-B).
- Fine, C. y J. Kennett (2004). Mental impairment, moral understanding and criminal responsibility: Psychopathy and the purposes of punishment. *International Journal of Law and Psychiatry* 27(5)
- Fontalvo, J. (2001). *Criminología. (3ª ed.)*. Bogota, Colombia. Editorial Termis S.A.
- Fornari, U. (1987). Nozione di malattia, valore di malattia vizio di mente e problemi nel trattamento dell'autore del reato / Mental illness: Criminal responsibility and treatment of criminal offenders. *Rivista Sperimentale di Freniatria e Medicina Legale delle Alienazioni Mentali* 111(5).
- Frederick, R.-I., Mrad, D.-F. et al. (2007). *Examinations of criminal responsibility: Foundations in mental health case law*. Sarasota, FL: Professional Resource Press.
- Fried, C.-S. y N. D. Reppucci (2001). Criminal decision making: The development of adolescent judgment, criminal responsibility, and culpability. *Law and Human Behavior* 25(1).
- Friemert, K., Szewczyk, H. et al. (1988). Psychosoziale Fehlentwicklung und strafrechtliche Zurechnungsfähigkeit: Ergebnisse katamnesticcher Erhebungen / Psychosocial maldevelopment and criminal responsibility: Results of catamnestic investigations. *Psychiatrie, Neurologie und Medizinische Psychologie* 40(3).

- Freud, S (1996). La disección de la personalidad psíquica. Lecciones introductorias al psicoanálisis. Obras completas. Tomo III. Madrid, España: Editorial Biblioteca nueva.
- Gajardo, S. (1948). Psiquiatría y responsabilidad penal / Psychiatry and criminal responsibility. *Criminalia* (México).
- Galvis, M. (2003). Sistema penitenciario y carcelario en Colombia: Teoría y Realidad. Trabajo de Grado para optar al título de Abogado. Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de Ciencias Jurídicas. Departamento de Derecho Penal. Bogota.
- Gambino, R. (1968). Concepts of mental disorder and criminal responsibility in law. *Dissertation Abstracts International* (3-A).
- Garrido, E.; Mássip, J., Herrero Ma. C. (2006). Psicología Jurídica. Pearson Prentice Hill.España.
- Garcia, A. (2001). Criminología. Una aproximación a sus presupuestos teóricos. Tirant, Lo Blanch. Valencia, España.
- Gaviria, J. (2005). La inimputabilidad: Concepto y alcance en el código penal colombiano. *Revista colombiana de psiquiatría*. Vol. 34. Suplemento 1. Bogota. Colombia.
- Gendin, S. (1966). Theories of Punishment and the Idea of Criminal Responsibility. *Dissertation Abstracts International* (3-A).
- Gibbons, P., N. Mulryan, et al. (1999). Criminal responsibility and mental illness in Ireland 1850-1995: Fitness to plead. *Irish Journal\_of Psychological Medicine* 16(2).
- Gillen, J. (2006). The age of criminal responsibility: The frontier between care and justice. *Child Care in Practice* 12(2).

- Golding, S.-L., Skeem, J. L., Roesch, R. y Zapf, P. A. (1999). The assessment of criminal responsibility: Current controversies. In A. K. Hess y I.B. Weiner (Eds.), *The handbook of forensic psychology (2° edc.)*. New York: Wiley.
- González Trujillo, R. (2.007). *Código Penal Colombiano*. Recuperado de <http://www.secretariassenado.gov.co/leyes/L0599000.HTM>.
- Goreta, M. (1990). The psychoanalytical approach as a contribution to the assessment of criminal responsibility. *Journal of Psychiatry and Law* 18(3-4).
- Graham, J. (1990). *MMPI-2. Assessing personality and psychopathology*. Oxford University Press. Estados Unidos.
- Grant, D.-C. (1968). Criminal Responsibility and Insanity. *Australian Occupational Therapy Journal*(2)
- Greig, D. (1996). Criminal responsibility and the concept of evil. *Psychiatry, Psychology and Law* 3(2).
- Gudjonsson, G. H. y Haward L. R. C. (1998). *Forensic Psychology: A guide to practice*. London and New York: Routledge.
- Gulotta, G. (1973). *Psicoanalisi e responsabilita penale / Psychoanalysis and criminal responsibility*. Italia.
- Gunther, K. (2003). Voluntary action and criminal responsibility.
- Hare, R. Newmann. C (2009). Psychopathy: Assessment and forensic implications.. *Canadian Journal and psiquiatry*.54, 12.

- Harenski C., Hee Kim y Hamman (2009). Neuroticism and psychopathy predict activation during moral and nonmoral emotion regulation. *Cognitive, Affective y Behavioral Neuroscience*: 9 (1).
- Hartman, A. A. (1968). Review of Criminal Responsibility and Mental Disease. *Psycritiques* 13(6).
- Henn, F.-A., Herjanic, M. et al. (1976). Forensic psychiatry: Diagnosis and criminal responsibility. *Journal of Nervous and Mental Disease* 162(6).
- Hess Allen K. y Weiner Irving B. (1999). The handbook of forensic Psychology. USA: Jhon Wiley.
- Hiscock, C.-K., Rustemier, P.-J et al. (1993). Determination of criminal responsibility: Application of the two-alternative forced-choice stratagem. *Criminal Justice and Behavior* 20(4).
- Hoffman, E. (1981). Effect of prior perpetration and victimization upon assignment of criminal responsibility. *Psychological Reports* 48(1).
- Hollin, C. (2006). Psychology and crime. An introduction to criminal psychology. New York, USA: Routledge.
- Hu, Z. y X. Liu (1997). Reliability and validity of the Rogers Criminal Responsibility Assessment Scale. *Chinese Journal of Clinical Psychology* 5(1).
- Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario de Colombia. Disponible en internet en: [http://www.inpec.gov.co/portal/page/portal/INPEC\\_DISENIO](http://www.inpec.gov.co/portal/page/portal/INPEC_DISENIO).
- Jaffe, J.-E. (1981). Factors related to clinicians' judgments of criminal responsibility. *Dissertation Abstracts International* 42(4-B).
- Jiménez, F (2001). Evaluación Psicológica forense. Tomo III. Ámbitos Delictivos. Laboral. Elaboración de Informes. Salamanca, España.

- Jiménez, F. y Sánchez, G. (2003). Evaluación Psicológica Forense. Contribución de las técnicas de Minnesota y Million. Tomo IV. Salamanca, España: Amarrú.
- Johnson, W.-G., Nicholson, R.-A. et al. (1990). The relationship of competency to stand trial and criminal responsibility. *Criminal Justice and Behavior* 17 (2).
- Jones, A.-J. (1996). The insanity defense in Virginia: The relationship between pre-trial evaluation of criminal responsibility and legal outcome. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering* 56(8-B).
- Joshi, K.-G., Frierson, R.-L. et al. (2006). Shared psychotic disorder and criminal responsibility: A review and case report of Folie a Trois. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law* 34(4).
- Kaplan, L.-V. (2006). Truth and/or Consequences: Neuroscience and Criminal Responsibility.
- Katz, N. and Z. Zemishlany (2006). Criminal Responsibility in Asperger's Syndrome. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences* 43(3).
- Kauffman, R.-A. and Ryckman, R.-M. (1979). Effects of locus-of-control, outcome severity, and attitudinal similarity of defendant on attributions of criminal responsibility. *Personality and Social Psychology Bulletin* 5(3).
- Kenny, M.-G. (2004). Review of Unconscious Crime: Mental Absence and Criminal Responsibility in Victorian London. *Journal of Nervous and Mental Disease* 192(10).
- Kirkland, K. (2007). Are we insane? The insane history of insanity defense law. *PsycCRITIQUES* 52 (46).

- Kovac, M., T.-Z. Palijan, et al. (2006). Alcoholism and criminal responsibility. *Alcoholism: Journal on Alcoholism and Related Addictions* 42(2).
- Kroner, C., Stadtland, C. et al. (2007). The validity of the Violence Risk Appraisal Guide (VRAG) in predicting criminal recidivism. *Criminal Behaviour and Mental Health* 17(2).
- La Calle, J. (2008). El psicólogo forense en el sistema acusatorio. Congreso Latinoamericano de Psicología Jurídica y Forense. Recuperado de <http://www.psicologiajuridica.org/psj165.html>
- Lee Lerner Ed. K. y Wilmoth Lerner, B (2006). "Criminal Responsibility, Historical Concepts." World of Forensic Science. Gale Cengage. Disponible en internet: [www.enotes.com/forensic-science/criminal-responsibility-historical-concepts](http://www.enotes.com/forensic-science/criminal-responsibility-historical-concepts)
- Leifer, R. (1964). The psychiatrist and tests of criminal responsibility. *American Psychologist*. 19(11).
- Leifer, R. (1967). The psychiatrist and tests of criminal responsibility: Reply to Eckhardt. *American Psychologist* 22(8).
- Leikina, N. S. (1968). Personality of the criminal responsibility. Lemmen, C.-A., Holden, C.-E. et al. (1996). Criminal responsibility and solvent exposure. *New directions for mental health services*, vol./is. /69(59-66).
- Levin, A. (1985). The criminal responsibility for drug abuse in South Africa. *Dissertation Abstracts International* 45(8-A).
- Littmann, E., K. Friemert, et al. (1989). Psychosoziale Fehlentwicklung und strafrechtliche Verantwortlichkeit: Ergebnisse psychopathometrischer Untersuchungen / Psychosocial

maldevelopment and criminal responsibility: Results of psychopathometric investigations.  
*Psychiatrie, Neurologie und Medizinische Psychologie* 41(5).

Lo, C. y Stephens, R. (2002). The Role of drugs in crime. Insights from a group of incoming prisoners. *Substance use y misuse* 37(1).

Lockwood, J.-L. (1992). Juvenile criminal responsibility and the courts. *American Journal of Forensic Psychology* 10(2)..

Mairead, D.(2008). Neurobiological disturbances in callous- unemotional Youths. *The American Journal of psyquiatry* 165(6). Research Libray Core.

Marlowe, D.-B., Lambert, J.-B. et al. (1999). Voluntary intoxication and criminal responsibility. *Behavioral Sciences and the Law* 17(2).

MattiuZZi, P.-G. (1983). The perception of criminal responsibility in the context of mental disorder: A multidimensional scaling analysis of the language of homicide and insanity. *Dissertation Abstracts International* 43(7-B).

May, J. V. (1912). Mental diseases and criminal responsibility. *N Y State Hosp Bull*.

McSherry, B. (1994). Premenstrual syndrome and criminal responsibility. *Psychiatry, Psychology and Law* 1(2).

McSherry, B. (1998). Getting away with murder? Dissociative states and criminal responsibility. *International Journal of Law and Psychiatry*. 21(2).

- McSherry, B. (2004). Criminal responsibility, "fleeting" states of mental impairment, and the power of self-control. *International Journal of Law and Psychiatry*. 27(5).
- McSherry, B. (2005). Men Behaving Badly: Current Issues in Provocation, Automatism, Mental Impairment and Criminal Responsibility. *Psychiatry, Psychology and Law*. 12(1).
- McSherry, B.-M. (1997). Insanity, automatism and criminal responsibility: Towards a new defence of mental impairment. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*. 57 (7-A).
- Melton Gary B., Petrila J. , Poythress N. G. (1997). *Psychological Evaluations for the Courts*. Estados Unidos: The Guilford Press.
- Mendoza, A. (2006). *Psiquiatría para criminólogos y criminología para psiquiatras*. México: Editorial Trillas.
- Menninger, K.-A. (1986). Mental retardation and criminal responsibility: Some thoughts on the idiocy defense. *International Journal of Law and Psychiatry* 8(3).
- Meza, J. G. (2005). El psiquiatra y el sistema acusatorio: tres caras y una profesión. *Revista colombiana de psiquiatría*. Vol. 34 Supl. 1.
- Miller, G.-H. (1979). Criminal responsibility: An action language approach. *Psychiatry: Journal for the Study of Interpersonal Processes* 42(2).
- Miller, R.-D. (2001). Suicide by cop and criminal responsibility. *Journal of Psychiatry and Law*. 29(3).
- Miscoll, D.-A. (2001). A study of crime scene analysis in the forensic evaluation of criminal responsibility in homicide cases. *American Journal of Forensic Psychology*. 19(2).

- Mitchell, B. (1995). Provoked violence, capacity and criminal responsibility. *Psychology, Crime and Law* 1(4).
- Myers, M.-A. (1980). Social contexts and attributions of criminal responsibility. *Social Psychology Quarterly* 43(4).
- Niveau, G. y Sozonets, E. (2001). Criminal responsibility assessment in Switzerland: Changes and continuity. *European Psychiatry*. 16(8): 483-490.
- O Donohoe, W. y Levenski, E. (2004). Handbook of forensic psychology. USA: Elsevier academic press.
- Ogloff, J.-R. P. y Whittemore, K.-E. (2001). Fitness to stand trial and criminal responsibility in Canada.
- Owens, S.-M. (1997). Criminal responsibility and multiple personality defendants. *Mental and Physical Disability Law Reporter*. 21(1).
- Pajuoja, J. (1995). Mental disorders and the assessment of criminal responsibility in Finland. *Psychiatria Fennica* 26.
- Palermo, G.-B. (2007). New vistas on personality disorders and criminal responsibility. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*. 51(2): 127-129.
- Patterson, W. T. (1896). Criminal Responsibility as related to Insanity. *Medicine*.
- Paulus y McCain (1983). Crowding and jails. *Basic and applied social psychology*: 4(2).
- Peele, S. (1990). Does addiction excuse thieves and killers from criminal responsibility? *International Journal of Law and Psychiatry*. 13(1-2).

- Pham, T. H., Saloppe, X. et al. (2007). L'expertise dans le cadre de la loi de Defense Sociale en Belgique: Reperes diagnostiques et recommandations / Expertise within the framework of the Social Defense Law of Belgium: Diagnosis benchmarks and recommendations. *Annales Medico Psychologiques* 165(1).
- Pinto-da-Costa, J. (1982). La imputabilidad del enfermo mental. Casuística medicolegal en Oporto (1977-1981) / Criminal responsibility of the mentally ill: Medical-legal casuistry in Oporto (1977-1981). *Sicopatología*. 2(2).
- Pinzón, M. El sistema carcelario en América Latina: Una bomba de tiempo. Recuperado de: <http://americas.fiu.edu/democracy/archives.htm>
- Piper, A. (1994). Multiple personality disorder and criminal responsibility: Critique of a paper by Elyn Saks. *Journal of Psychiatry and Law* 22(1).
- Platt, A.-M. and B.-L. Diamond (1965). The origins and development of the "wild beast" concept of mental illness and its relation to theories of criminal responsibility. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*. (4).
- Poortinga, E. y Guyer, M. (2007). Criminal responsibility and intent. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*. 35(1).
- Poulson, R.-L. (1989). The effects of legal and extralegal factors on juror attribution of criminal responsibility: An empirical analysis. *Dissertation Abstracts International*. 49(11-B).
- Poulson, R.-L. (1990). Mock juror attribution of criminal responsibility: Effects of race and the Guilty But Mentally Ill (GBMI) verdict option. *Journal of Applied Social Psychology* 20(19, Pt 1).

- Powell, S.-W. (1998). Expert witnesses' formulations of opinions of criminal responsibility. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*. 59 (3-B).
- Raine, A., Sharon, S. Arce, E., Todd, L., Knuth, k. Bihrlle, S., LaCasse y Colleti, P. (2004). Hippocampal structural asimetry in Unsuccessful psychopaths. *Biol Psyquiatry*; Society of Biological Psyquiatry (55)
- Ratner, R.-A. (1985). A case of child abandonment: Reflections on criminal responsibility in adolescence. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law* 13(3).
- Ray, P.-J. (1984). Neutral versus adversarial models of expert mental health testimony in criminal responsibility. *Dissertation Abstracts International*. 45 (6-B).
- Reid, W.-H. (2006). Sanity evaluations and criminal responsibility. *Applied Psychology in Criminal Justice* 2(3)
- Reyes. A. (2001). Criminología. *Universidad Externado de Colombia*. Bogotá, Colombia.
- Roberts, C.-F. y Golding S.-L. (1991). The social construction of criminal responsibility and insanity. *Law and Human Behavior* 15(4).
- Roberts, C.-F. (1990). Lay decision-making and the insanity defense: The impact of evidence, judicial instructions, case construals, and attitudes on attributions of criminal responsibility. *Dissertation Abstracts International* 50(7-B).
- Roberts, C.-F., Golding, S.-L. et al. (1987). Implicit theories of criminal responsibility: Decision making and the insanity defense. *Law and Human Behavior* 11(3).

- Rodgers, M. E. y Stevenson, K. (2004). Review of Unconscious Crime. Mental Absence and Criminal Responsibility in Victorian London. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology* 15(4).
- Rodríguez, C. y Ávila A. (1999). *Evaluación, psicopatología y tratamiento en Psicología Forense*. España: Fundación Universidad-Empresa.
- Roesch, R. (1986). Review of Law and mental health: International perspectives. Volume 1. *Canadian Journal of Behavioural Science Revue canadienne des Sciences du comportement* 18(2).
- Roesch, R., J.-L. Viljoen, et al. (2004). Assessing intent and criminal responsibility.
- Roesch, R., Ogloff, J.-R. P. et al. (1997). The impact of Canadian criminal code changes on remands and assessments of fitness to stand trial and criminal responsibility in British Columbia. *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie* 42(5).
- Rogers, R. y McKee, G.-R. (1995). Use of the MMPI-2 in the assessment of criminal responsibility. In Y. S. Ben-Porath, J. R. Graham, G. C. N. Hall, R. D. Hirschman, y M. S. Zaragoza (Eds.) *Forensic Applications of the MMPI-2*. Newbury Park, CA. Sage.
- Rogers, R. y Seman, W. (1983). Murder and criminal responsibility: An examination of MMPI profiles. *Behavioral Sciences and the Law* 1(2).
- Rogers, R. y Shumad, D. (2000). *Conducting Insanity Evaluations (2<sup>a</sup> ed.)*. Estados Unidos: The Guilford Press.
- Rogers, R. (1987). Assessment of criminal responsibility: Empirical advances and unanswered questions. *Journal of Psychiatry and Law* 15(1).

- Rogers, R., Seman, W. et al. (1983). The RCRAS and legal insanity: A cross-validation study. *Journal of Clinical Psychology* 39(4).
- Rogers, R., Seman, W. et al. (1986). Assessment of criminal responsibility: Initial validation of the R-CRAS with the M'Naghten and GBMI standards. *International Journal of Law and Psychiatry* 9(1).
- Rudnick, A. y Levy A. (1994). Personality disorders and criminal responsibility: A second opinion. *International Journal of Law and Psychiatry* 17(4).
- Sachsenmaier, S.-J. (1991). The relationship between traditional psychometric test scores and the determination of criminal responsibility and competency to stand trial. *Dissertation Abstracts International* 52(1-B).
- Saks, E.-R. (1995). The criminal responsibility of people with multiple personality disorder. *Psychiatric Quarterly* 66(2).
- Salkind, N. (1998). *Métodos de Investigación (3ª ed.)*. México: Prentice Hall.
- Satterfield, V.-B. (1953). Criminal responsibility of women. *Journal of Criminal Law and Criminology*.
- Schopp, R.-F. y Slain, A.-J. (2000). Psychopathy, criminal responsibility, and civil commitment as a sexual predator. *Behavioral Sciences and the Law* 18(2-3).
- Schopp, R.-F. (1990). Actions, reasoning, and criminal liability: Philosophical and psychological foundations of criminal responsibility. *Dissertation Abstracts International* 50(8-A).
- Shah, S.-A. (1986). Criminal responsibility. .

Shulman, H.-M. (1952). Cultural aspects of criminal responsibility. *Journal of Criminal Law and Criminology*.

Siegal, M.(1988). Culture, social knowledge, and the determination of criminal responsibility in children: Issues in justice for Aboriginal youth. *Australian Psychologist* 23(2).

Silver, S.-B. y Spodak, M.-K. (1983). Dissection of the prongs of ALI: A retrospective assessment of criminal responsibility by the psychiatric staff of the Clifford T. Perkins Hospital Center. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law* 11(4).

Silver, S.-B. (1990). Criminal responsibility: A psychiatric view. 1.

Simon, R.-I. (1992). The evaluation of criminal responsibility: A psychobiological approach. *Psychiatric Annals* 22(11).

Slovenko, R. (2006). Review of Self-Made Madness: Rethinking Illness and Criminal Responsibility. *Criminal Behaviour and Mental Health* 16(3).

Smith, R. (1979). Mental disorder, criminal responsibility and the social history of theories of volition. *Psychological Medicine* 9(1).

Smith, R. (1980). Scientific thought and the boundary of insanity and criminal responsibility. *Psychological Medicine* 10(1).

Smith, R.-L. y J.-R. Graham (1989). Clinicians' experience and the determination of criminal responsibility. *Criminal Justice and Behavior* 16(4).

Smith, R.-L. (1983). An experimental investigation of the clinical determination of criminal responsibility. *Dissertation Abstracts International* 44(4-B).

- Smith, S.-A. y Broughton, S.-F. (1994). Competency to stand trial and criminal responsibility: An analysis in South Carolina. *Mental Retardation* 32(4).
- Soria, M. y Sáiz, D. (2006). Psicología criminal. España: Pearson.
- Stafford, K.-P. y Ben-Porath, Y.-S. (2002). Assessing criminal responsibility.
- Suarez-Penalver, G. (1942). De las circunstancias que agravan la *responsabilidad criminal* (los motivos fútiles) / Circumstances that complicate criminal responsibility; trivial motives. *Policía Secreta Nacional: Órgano Oficial Habana. Habana.*
- Tang, Q.-S. y Wang, X.-P (2.007). Relation factors of the criminal responsibility in the offenders with mental disorders by the discriminatory analysis. *Chinese Journal of Clinical Psychology* 15(1).
- Tapia, A. (2004). Aproximaciones técnico tecnológicas para la evaluación de psicopatología en el medio forense. *Revista colombiana de psicología: 13*, 50-56
- Tarrence, J.-R.-P. (1992). Juror decisionmaking and attributions of criminal responsibility. *Dissertation Abstracts International: 53*(2-B).
- Tiegui, N. (1989). Tratado de Psicología. Buenos Aires: Editorial Universidad: 44.
- Trull, T. y Phares, J. (2003). Psicología Clínica. Conceptos, métodos y aspectos prácticos de la profesión (6<sup>a</sup> ed. ). España: Thomson.
- Tyrer, P. (2.007). An agitation of contrary opinions. *British Journal of Psychiatry* 190(Suppl 49).
- Turvey, B. (2005). Psychopathic Behavior. Criminal Profiling: An introduction to behavioral Analysis. Londres: Elsevier Academic Press.

- Ugwuegbu, D.-C. (1974). Is justice color-blind? The racial factor in jury attribution of criminal responsibility. *Dissertation Abstracts International* 34(9-A, Pt 2).
- Umphrey, M.-M. (1999). The dialogics of legal meaning: Spectacular trials, the unwritten law, and narratives of criminal responsibility. *Law and Society Review* 33(2).
- Urbaniok, F., J. Hardegger, et al. (2006). Neurobiologischer Determinismus: Fragwürdige Schlussfolgerungen über menschliche Entscheidungsmöglichkeiten und forensische Schuldfähigkeit / Neurobiological Determinism: Questionable Inferences on Human Freedom of Choice and Forensic Criminal Responsibility. *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie* 74(8).
- Urrea, J. (2002). Tratado de Psicología Forense. España: Siglo XXI.
- Urruela, A. (2004). Imputabilidad penal y anomalía o alteración psíquica. España: Comares.
- Valencia, J. (2.007). Informe Anual del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos e Informes de la Oficina del Alto Comisionado y el Secretario General. Recuperado de <http://www.hchr.org.co>
- Vázquez, B. (2005). Manual de Psicología Forense. España: Síntesis. N.A
- Velásquez, E.; Beltran I, Galindo, C. et al. (2.007). Análisis de la relación entre Sistema Penal Acusatorio y Política de Seguridad Ciudadana de Bogotá. Recuperado de <http://www.fescol.org.co/DocPdf/EV-SistemaPenalAcusatorio.pdf>.
- Veysey, B.-M. (1994). Gender differences in the adjudication of criminal responsibility: Social pressures for gender role congruity. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences* 54(12-A).

- Viljoen, J.-L., Roesch, R. et al. (2003). The Role of Canadian Psychologists in Conducting Fitness and Criminal Responsibility Evaluations. *Canadian Psychology Psychologie Canadienne* 44(4).
- Walker, N. (2005). Review of Self-made madness. Rethinking illness and criminal responsibility. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology* 16(3).
- Wall, B.-W. (2000). Criminal responsibility, diminished capacity, and the gay panic defense. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law* 28(4).
- Ward, T. (2001). Observers, adversers or authorities? Experts, juries, and criminal responsibility in historical perspective. *Journal of Forensic Psychiatry* 12(1).
- Watterson, R.-T. (1991). Just say no to the charges against you: Alcohol intoxication, mental capacity, and criminal responsibility. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law* 19(3).
- Weedon, J. (2005). Elimination Violence in prisons and jails. Recuperado de:  
<http://web.ebscohost.com/ehost/pdf?vid=18yhid=13ysid=a394fb48-0038-44f0-a3c3-506ec60bf900%40sessionmgr4>
- Weiss, K.-J. (2004). Wet and wild: PCP and criminal responsibility. *Journal of Psychiatry and Law* 32(3).
- Wise, E.-M. (1969). Criminal responsibility. *Michigan Academician* Vol 2(1).
- Yannis, S (1999) La imposibilidad de la identidad y la centralidad de la identificación Lacan y la Política. Londres. Verso.

Zapf, P.-A., Golding, S.-L. et al. (2006). Criminal Responsibility and the Insanity Defense. In  
Weiner, Irving B. (Ed); Hess, Allen K. (Ed). *The handbook of forensic psychology (3° edc.)*.  
Hoboken, NJ, US: John Wiley y Sons, Inc. (332-363.)

## VI. ANEXOS

### VI. A LISTA DE SIGLAS

*La Regla M<sup>N</sup>aghten: Ley anglosajona que se articula a raíz del famoso caso M<sup>N</sup>aghten* donde cualquier persona puede evadir la *responsabilidad criminal* si se puede probar que no entendía la naturaleza del acto que estaba cometiendo.

*R-CRAS : (Rogers Criminal Assessment Scales):* Escala de Evaluación de la *Responsabilidad criminal* de Rogers. Es un protocolo específico utilizado por psicólogos clínicos o psiquiatras para complementar las evaluaciones forenses, cuando se trata de realizar una *valoración* acerca de la imputabilidad o inimputabilidad de una persona acusada del delito de homicidio, cuando hay dudas acerca del estado mental de éstos al momento del crimen.

**MMPI ORIGINAL:** (*Minnesota Multifasic Personality Inventory*). Conocido en el idioma español como Cuestionario de personalidad de Minesota. Es un instrumento utilizado para evaluar la personalidad, utilizado frecuentemente por psicólogos clínicos y psiquiatras debido a sus altos niveles de confiabilidad y validez.

**MMPI 2:** Una versión más actualizada del MMPI original.

**MSE OFENSE:** Es una Pauta de Entrevista diseñada para apoyar a los peritos en la valoración del funcionamiento psicológico durante la época del delito,

**IEF:** Instrumento Específicamente Forense.

NGRI: (*Not Guilty by reason of insanity*). Enunciado de ley utilizado en el sistema anglosajón cuando se argumenta por parte del defendido que la persona que está siendo procesada no es culpable debido a una enfermedad, trastorno o anomalía mental.

*Manie sans delire*: Expresión proveniente del francés, que alude a los inicios de la psicopatía, y que significa Locura sin delirio.

## VI. B R-CRAS de Rogers (1986), modificado por. Mebarak y Jiménez (2009) con el fin de adaptarlo a población Colombiana

Este cuestionario inicial consiste en un complemento del Instrumento RCRAS (Rogers Criminal Responsibility Assessment Scales) creada por el Dr. Richard Rogers, PH.D. Diplomado de la Asociación Americana de Psicología Forense

Fecha de la aplicación : DD MM AAAA  
 Interno No : \_\_\_\_\_  
 Ciudad donde se realiza la aplicación : \_\_\_\_\_

1	Edad		
2	Genero	<input type="checkbox"/> 1 Femenino	<input type="checkbox"/> 2 Masculino
3	Ciudad de Nacimiento	_____	
4	Nivel Educativo:		
4.1	Pre-escolar	<input type="checkbox"/> 1 Kinder (pre-jardin)	<input type="checkbox"/> 2 Transición
4.2	Basico	<input type="checkbox"/> 1 Primario (1-5)	<input type="checkbox"/> 2 Secundario (6-9)
4.3	Media Vocacional	<input type="checkbox"/> 1 Media Vocacional (10-11)	
4.4	Educación Superior Pregrado	<input type="checkbox"/> 1 Tecnico	<input type="checkbox"/> 2 Tecnológico
4.5	Educación Superior Postgrado	<input type="checkbox"/> 1 Especialización	<input type="checkbox"/> 2 Maestría
5	Estrato	<input type="checkbox"/> 1 Uno <input type="checkbox"/> 2 Dos	<input type="checkbox"/> 3 Tres <input type="checkbox"/> 4 Cuatro
6	Estado Civil	<input type="checkbox"/> 1 Soltero	<input type="checkbox"/> 2 Casado <input type="checkbox"/> 3 Unión Libre <input type="checkbox"/> 4 Otro. Cuál? _____
7	Reincidencia en la reclusión	<input type="checkbox"/> 1 Si	<input type="checkbox"/> 2 No
8	Ocupación anterior (antes de reclusión)	<input type="checkbox"/> 1 Conflicto armado	<input type="checkbox"/> 2 Civil
9	Ocupación actual (durante reclusión)	<input type="checkbox"/> 5 Empleado	<input type="checkbox"/> 6 Prostitución
		<input type="checkbox"/> 1 Estudia	<input type="checkbox"/> 2 Trabaja
10	Tipo de Delito	<input type="checkbox"/> 1 Homicidio simple	<input type="checkbox"/> 2 Homicidio agravado
11	Tipo de Arma utilizada	<input type="checkbox"/> 1 Arma de fuego	<input type="checkbox"/> 2 Arma blanca
12	Situación jurídica actual	<input type="checkbox"/> 1 Sindicado	<input type="checkbox"/> 2 Condenado
13	Tiempo de reclusión (Que ha estado en prisión)	_____ Meses	
14	Comentario Adicional (en caso de haber estado mas de una vez recluso)	_____	

5 15. Tipo de interno: :  1 Recluso  2 Paciente psiquiátrico  
 1 16. Medicación :  1 Si  2 No (pase a pregunta 4)

17 Tipo de Medicación:

1 Antidepresivo

2	Antipsicótico
3	Ansiolítico
4	Otro. Cuál? _____

## VII Cuestionario R\_Cras

Este cuestionario consiste en una adaptación del Instrumento RCRAS (Rogers Criminal Responsibility Assessment Scales) creada por el Dr. Richard Rogers, PH.D. Diplomado de la Asociación Americana de Psicología Forense. (Que no incluye los modelos de decisión basados en leyes anglosajonas) con modificaciones realizadas de acuerdo al contexto y a la cultura colombiana. (mebaraky jimenez, 2009).

### Variables Modificadas del R\_CRAS original.

**3) Los resultados de pruebas aplicadas anteriormente para evaluar trastornos de personalidad indican la presencia de algún tipo de trastorno psicológico ? (esta prueba debe presentar un grado alto de validez y confiabilidad)**

- (0) No indican la presencia de ningún trastorno psicológico.
- (1) No se realizó ninguna prueba para evaluar trastornos de personalidad.
- (2) Indican la presencia de trastornos de personalidad en grado leve.
- (3) Indican la presencia de trastornos de personalidad en grado moderado.
- (4) Indican la presencia de un trastorno de personalidad en grado severo.
- (5) Indican la presencia de un trastorno de personalidad en grado extremo.

Nota adicional: Podría usted especificar qué tipo de trastorno(s), anomalía psíquica, (neurosis, borderline, o psicosis) presenta la prueba(s) aplicadas previamente :

---

---

---

**4) Nivel de intoxicación con drogas alucinógenas al momento del supuesto crimen:**

Pregunta guía: Consumió usted algún tipo de drogas (marihuana, cocaína heroína, ácido, hongos, LSD etc) al momento del supuesto crimen?

- (0) No hay información.
- (1) No hay intoxicación.
- (2) Ligero, clínicamente insignificante
- (3) Moderado, interferencia periférica con el razonamiento y las acciones. El paciente estaba "trabado".
- (4) Severo, un impedimento de gran importancia en el razonamiento y las acciones.
- (5) Extremo: alucinaciones o delirios relacionados con el exceso de alcohol.

**5) Nivel de intoxicación con Alcohol al momento del supuesto crimen:**

Pregunta guía: Consumió usted algún tipo de alcohol. (ron, cerveza, whiskey, tequila, aguardiente) al momento del supuesto crimen?

- (0) No hay información.
- (1) No hay intoxicación.
- (2) Ligero, clínicamente insignificante. (1 a 4 cervezas, un trago de ron, etc)
- (3) Moderado, interferencia periférica con el razonamiento y las acciones. El paciente estaba "algo tomado" (3/15 según el decir del colombiano, más de 4 cervezas, varios tragos, etc)
- (4) Severo, un impedimento de gran importancia en el razonamiento y las acciones. (estado de ebriedad)
- (5) Extremo: alucinaciones o delirios relacionados con el exceso de alcohol.

**6) Nivel de intoxicación algún tipo de remedio o medicina (sin prescripción.) al momento del supuesto crimen:**

Pregunta guía: Consumió usted algún tipo de drogas de la farmacia o se medicó con algo al momento del supuesto crimen?

- (0) No hay información
- (1) No hay intoxicación.
- (2) Ligero, clínicamente insignificante
- (3) Moderado, interferencia periférica con el razonamiento y las acciones
- (4) Extremo: alucinaciones o delirios relacionados con el exceso de alcohol.

**25) Comportamiento social responsable durante la semana previa a la comisión del supuesto crimen.**

Pregunta Guía: En cuanto a aspectos de su vida en sociedad, hubo algún cambio de importancia en su comportamiento habitual, una semana antes de la comisión del supuesto crimen? Podría decir cuál fue?

- (0) Sin información
- (1) Funcionamiento por encima del promedio tanto en el trabajo como con amigos.
- (2) Funcionamiento promedio en el trabajo y con amigos con únicamente un ligero impedimento en uno o el otro.
- (3) Funcionamiento levemente impedido afectando el desempeño laboral de manera adversa y/o las relaciones sociales
- (4) Funcionamiento moderadamente impedido con problemas serios en mantener el trabajo o relaciones sociales.
- (5) Funcionamiento severamente impedido con problemas serios en mantener el trabajo y las relaciones sociales.
- (6) Comportamiento social responsable durante un mes antes de la comisión del supuesto crimen

**26) Comportamiento social responsable durante un mes antes de la comisión del supuesto crimen**

Pregunta Guía: En cuanto a aspectos de su vida en sociedad, hubo algún cambio de importancia en su comportamiento habitual, un mes antes de la comisión del supuesto crimen? Podría decir cuál fue?

- (0) Sin información
- (1) Funcionamiento por encima del promedio tanto en el trabajo como con amigos.
- (2) Funcionamiento promedio en el trabajo y con amigos con únicamente un ligero impedimento en uno o el otro.
- (3) Funcionamiento levemente impedido afectando el desempeño laboral de manera adversa y/o las relaciones sociales
- (4) Funcionamiento moderadamente impedido con problemas serios en mantener el trabajo o relaciones sociales.
- (5) Funcionamiento severamente impedido con problemas serios en mantener el trabajo y las relaciones sociales.

**27) Comportamiento social responsable durante 6 meses antes a la comisión del supuesto crimen**

En cuanto a aspectos de su vida en sociedad, hubo algún cambio de importancia en su comportamiento habitual, 6 meses antes de la comisión del supuesto crimen? Podría decir cuál fue?

- (0) Sin información
- (1) Funcionamiento por encima del promedio tanto en el trabajo como con amigos.
- (2) Funcionamiento promedio en el trabajo y con amigos con únicamente un ligero impedimento en uno o el otro.
- (3) Funcionamiento levemente impedido afectando el desempeño laboral de manera adversa y/o las relaciones sociales
- (4) Funcionamiento moderadamente impedido con problemas serios en mantener el trabajo o relaciones sociales.
- (5) Funcionamiento severamente impedido con problemas serios en mantener el trabajo y las relaciones sociales.

**30) Fue la pérdida de control el resultado de una psicosis no inducida por drogas ?**

(Se contesta de acuerdo a la evidencia sintomática y de diagnóstico clínico y a la observación clínica).

- (0) Sin información; no aplicable
- (1) Definitivamente no.
- (2) No significativamente
- (3) Probablemente
- (4) Definitivamente

**31) Fue la pérdida de control el resultado de una psicosis inducida por drogas?**

- (0) Sin información; no aplicable
- (1) Definitivamente no.
- (2) No significativamente
- (3) Probablemente
- (4) Definitivamente

Preguntas a responder por el experto al final de la entrevista. (solo se contesta, al final de una evaluación en psicología forense)

**32) Desde el punto de vista de la psicología o psiquiatría forense, el sujeto pudo comprender la ilicitud de su acto?**

- (0) Sin información; no aplicable
- (1) Definitivamente no.
- (2) No significativamente
- (3) Probablemente
- (4) Definitivamente

**33) En el evento de comprender la ilicitud del hecho, el sujeto pudo comportarse de acuerdo a esa comprensión?**

- (0) Sin información; no aplicable
- (1) Definitivamente no.
- (2) No significativamente
- (3) Probablemente
- (4) Definitivamente