



Violencia y esquizofrenia: un análisis clínico-forense



Enrique Esbec^a y Enrique Echeburúa^{b,*}

^a Universidad Complutense de Madrid, España

^b Universidad del País Vasco (UPV/EHU), España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 3 de septiembre de 2015

Aceptado el 31 de diciembre de 2015

On-line el 7 de marzo de 2016

Palabras clave:

Esquizofrenia
Conductas violentas
Responsabilidad penal
Sistema judicial
Informes forenses

Keywords:

Schizophrenia
Violent behaviors
Criminal responsibility
Criminal justice system
Forensic clinical analysis

R E S U M E N

En la opinión pública la esquizofrenia se vincula frecuentemente con la violencia. Si bien hay una asociación entre ambas, menos del 10% de la violencia social experimentada es atribuible a la esquizofrenia. El riesgo de violencia de los pacientes con esquizofrenia es mayor si hay consumo de drogas, trastornos de personalidad, historia de violencia, ideas paranoides, alucinaciones auditivas, impulsividad y circunstancias sociales desfavorables. El riesgo de violencia aumenta también si se abandona el tratamiento o están presentes los síntomas psicóticos positivos. Cuando la violencia ocurre, esta se dirige hacia personas familiares y tiene lugar en el hogar. Se analiza la responsabilidad criminal y la respuesta del sistema penal a la violencia cometida por estos pacientes. Los informes forenses desempeñan un papel muy importante en los tribunales para ayudar al juez a tomar la decisión adecuada entre las distintas alternativas existentes. Se comentan los retos para la investigación futura.

© 2016 Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC-ND licencia (<http://creativecommons.org/licencias/by-nc-nd/4.0/>).

Violence and schizophrenia: A forensic clinical analysis

A B S T R A C T

In public perception, schizophrenia is often associated with violence. There is a significant association between violence and schizophrenia, but less than 10% of societal violence is attributable to schizophrenia. Clinicians consider many contributory factors when evaluating the risk of a patient to become violent, including comorbid substance abuse, personality traits, history of violent acts, paranoid beliefs, content of auditory hallucinations, impulsivity, social circumstances, and age and sex. People with paranoid and psychotic symptoms, which can worsen if medications are discontinued, may also be at higher risk for violent behavior. When violence does occur, it is most frequently targeted at family members and friends, and more often takes place at home. The criminal responsibility and the current Spanish criminal justice system's response to violence committed by mentally ill people are examined. Expert evidence plays a very important role in the court in this respect. Challenges for the future are discussed.

© 2016 Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

La agresividad viene predeterminada desde nuestro nacimiento como una respuesta adaptativa, una herramienta de supervivencia para responder ante amenazas externas. Pero cuando la interpretación del entorno es defectuosa todo puede ser percibido como una amenaza y se puede reaccionar de manera desproporcionada,

con miedo extremo o con violencia extrema; este sería el caso de algunos trastornos mentales graves.

En general, las personas con esquizofrenia no son más violentas que la población general, siempre que estén controladas farmacológicamente, que no hayan sido dadas de alta recientemente, que tengan una adherencia al tratamiento y no consuman drogas psicoactivas (Arbach y Andrés-Pueyo, 2007; Echeburúa y Loinaz, 2011; Esbec, 2005). Sin embargo, los delitos violentos más graves, tales como el asesinato múltiple, el asesinato sexual, el homicidio seguido de suicidio o el parricidio, sobre todo si se trata de homicidios agravados con ensañamiento o alevosía, hacen pensar

* Autor para correspondencia: Facultad de Psicología. Universidad del País Vasco. Avda. de Tolosa, 70. 20018 San Sebastián.
Correo electrónico: enrique.echeburua@ehu.es (E. Echeburúa).

frecuentemente en la presencia de una patología psíquica relevante.

Los pacientes con esquizofrenia sufren frecuentemente una estigmatización social respecto a su posible peligrosidad (Dickerson, Sommerville, Origoni, Ringel y Parente, 2012). La población tiende a atribuir a estos pacientes una conducta imprevisible, a veces agresiva y con frecuencia peligrosa. Todo ello deriva del énfasis puesto por los medios de comunicación en acontecimientos puntuales protagonizados por un pequeño porcentaje de estos pacientes y contribuye a su estigmatización (American Psychiatric Association, 1994; McGuire, 2004; Bobes, Fillat y Arango, 2009; Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental FEAFES, 2008; Sartorius et al., 2010; World Psychiatric Association, 1998). Si bien estos pacientes no son más peligrosos que la población general cuando están en tratamiento, lo cierto es que un importante porcentaje de ellos no reciben un tratamiento adecuado, abandonan la medicación, la toman de forma irregular y/o consumen drogas psicoactivas que generan recaídas, siendo varias las razones explicativas de tales fenómenos.

Las personas con esquizofrenia, excepto un pequeño subgrupo, no son pacientes especialmente violentos. En todo caso, es más probable que el paciente tienda a hacerse daño a sí mismo. El 10% de los esquizofrénicos acaba suicidándose y, en concreto, saltarse la medicación multiplica por cuatro el riesgo de suicidio (Arseneault, Moffitt, Caspi, Taylor y Silva, 2000). También pueden ser víctimas propiciatorias.

Es difícil establecer un nexo causal simple entre la esquizofrenia y los actos violentos y los datos son muy variables (Swanson, Borum, Swartz y Aldigé-Hiday, 1999). En unos casos estos acontecimientos son consecuencia del trastorno, en otros de la reacción del individuo ante el rechazo social o la discriminación a la que se ve sometido. Las enfermedades mentales siempre han sido fuente de marginación y pobreza (Echeburúa y Loinaz, 2011).

El objetivo de este artículo es analizar la relación existente entre la esquizofrenia y los diferentes tipos de conductas violentas y establecer los factores predictivos de dichas conductas, así como analizar la evaluación y tratamiento de estos pacientes respecto a la comisión de los delitos violentos y determinar los problemas planteados para llevar a cabo una valoración forense integral.

Estudios sobre violencia y esquizofrenia

Algunos estudios científicos, ya clásicos, han concluido que las personas con trastornos mentales severos que tienen prescrito tratamiento inadecuado o no lo siguen son más propensas a involucrarse en conductas violentas que la población general. En concreto, en estos estudios se relaciona la esquizofrenia, especialmente el diagnóstico de esquizofrenia paranoide, con el comportamiento violento (cf. Echeburúa y Loinaz, 2011).

Respecto a la semiología psicopatológica, es abundante la bibliografía existente sobre la relación entre violencia y delirios, especialmente delirios de identificación defectuosa, amenaza o control, y alucinaciones auditivas, especialmente las imperativas, así como entre violencia y actitudes de hostilidad (Esbec, 2003, 2005). Así, los pacientes con esquizofrenia pueden llegar a perder el contacto con la realidad, atribuyen a los demás actitudes o intenciones hostiles y toman como ciertos e irrefutables sus fantasmas imaginarios.

La mayoría de los actos violentos cometidos por personas con esquizofrenia se relacionan con la presencia de síntomas psicóticos positivos, es decir, con ideas delirantes persecutorias, alucinaciones auditivas amenazantes o imperativas y otros fenómenos psicóticos. Las ideas delirantes o las alucinaciones auditivas contribuyen al descontrol y a la conducta violenta del sujeto al vivenciar como

reales sensaciones o hechos inexistentes pero que resultan ser determinantes de su comportamiento.

Salvo algunos casos concretos de delinquentes en masa o en serie, frecuentemente la violencia es *endonuclear*, es decir, ejercida sobre algún familiar cercano o cuidador, pero no sobre gente desconocida. Se trata de *crímenes sin historia*, así llamados porque el sujeto no tenía desavenencias previas con la víctima o estas eran aparentemente de poca importancia. El crimen suele ser efectuado de forma impulsiva, ansiosa, sin planificar ni conversar con la víctima, dejando muchos indicios en el lugar de los hechos (Esbec, 2005; Joyal, Putkonen, Paavola y Tiihonen, 2004).

Según Volavka (2002), hay dos tipos de violencia en los pacientes con esquizofrenia. El *tipo 1* es el más frecuente y se da en pacientes descompensados, principalmente por la interrupción de su medicación o por el consumo de drogas; una vez compensados, su violencia cesa. A su vez, el *tipo 2* se da en pacientes resistentes al tratamiento con neurolépticos, que son reincidentes en su violencia y presentan disfunciones neurológicas o trastornos de la personalidad asociados al trastorno mental.

En la población penitenciaria los trastornos mentales son tres veces más prevalentes que en la población general (Volavka, 2002). Así, las personas diagnosticadas con esquizofrenia están también sobrerrepresentadas en la población carcelaria (Nielsen, 2015; Vicens et al., 2011). Por ello, los estudios sobre muestras obtenidas de centros psiquiátricos penitenciarios (por ejemplo, Addad, Benezech, Bourgeois y Yesavage, 1981; Benezech, Bourgeois y Yesavage, 1980) no son representativos de la población general y no controlan adecuadamente ciertas variables (trastorno sobrevenido después del ingreso o simulación, por ejemplo), de tal manera que la clara asociación entre esquizofrenia y homicidio se ha considerado una prueba de la tendente *psiquiatrización del comportamiento criminal*.

Las investigaciones efectuadas sobre muestras en hospitales generales (ingresos en agudos o en unidades de larga estancia) de personas que han sido violentas, entre otras muchas la de Tardiff y Sweillam (1982), no definen adecuadamente la severidad de la variable criterio («violencia»), por lo que tienen una validez cuestionable, que conduce con frecuencia a una errónea *criminalización del enfermo mental*.

En el estudio epidemiológico de Swanson et al. (2006), con 10.059 pacientes de la muestra Epidemiologic Catchment Area-ECA, que tenía por objetivo examinar la relación existente entre violencia y trastorno mental, el 8% de los pacientes con esquizofrenia presentaban comportamiento violento comparado con el 2% de la población general. El porcentaje se incrementaba al 30% cuando existía comorbilidad con abuso de sustancias.

Los estudios longitudinales en Escandinavia han sido abundantes. Examinando diversas cohortes, incluso desde el nacimiento y durante un periodo de entre 8 y 30 años, mostraron que el riesgo de violencia en pacientes con esquizofrenia es entre 3.6 y 8 veces mayor que los grupos de control, tanto en varones como en mujeres. El consumo de alcohol u otras drogas incrementaba el riesgo entre 25 y 36.4 veces (Eronen, Hakola y Tiihonen, 1996; Hodgins, 1992; Lindqvist y Allebeck, 1990; Tiihonen, Isohani, Rasanen y Koiranen, 1997).

Según el meta-análisis de Fazel, Langstrom, Hjern, Grann y Lichtenstein (2009), hay un aumento medio de cuatro veces en la comisión de delitos violentos en los hombres con esquizofrenia en comparación con los hombres sin esquizofrenia.

Asimismo, en un estudio reciente realizado en Israel (Fleischman, Werbeloff, Yoffe, Davidson y Weiser, 2014), los pacientes con esquizofrenia tenían más riesgo de cometer delitos violentos en comparación con los sujetos del grupo de control (4.3 veces más de probabilidad en el caso de los hombres y 9.9 veces más en el de las mujeres). Este riesgo para delitos violentos fue mayor entre los pacientes con abuso de sustancias (5.1 veces

Tabla 1
Factores que incrementan el riesgo de violencia en la esquizofrenia

	Fuentes
Inicio de la enfermedad sin diagnóstico y tratamiento. Pródromos.	Yung et al. (1996) Nielssen (2015)
Delirios de celos, delirios de perjuicio e identificación errónea Delirios de amenaza o control	Nestor et al. (1995) Nielssen (2015)
Varones jóvenes, con trastorno de la personalidad de base, síntomas activos, historia de victimización violenta y/o hechos violentos previos, exposición a la violencia en el entorno habitual, aislamiento social, ausencia de conciencia de enfermedad y/o poca creencia en la efectividad de los tratamientos, mala adherencia a los mismos y consumo de alcohol u otras drogas, síntomas depresivos, problemas de conducta en la infancia, y haber sido víctimas de abuso físico o sexual.	Esbec (2005); Echeburúa y Loinaz (2011); Dolan et al. (2012).
Consumo de drogas	Vicente et al. (2001); Wallace, Mullen y Burgess (2004); Esbec (2005); Friedman (2006); Fleischman et al. (2014); Nielssen (2015)
Psicopatía e historia de maltrato infantil Mala adherencia al tratamiento	Steadman et al. (2000); Monahan (2002) Johnson, Paterski, Ludlow, Street y Taylor (1983); Hogarty (1993); Elbogen et al. (2006)
Edad juvenil, desesperanza, problemas en la infancia, puntuación en la PANSS (+), abuso de sustancias, historial de victimización e historial de detenciones previas.	Swanson et al. (2006)
Tendencia a la introversión, carácter esquizoide u otros trastornos de la personalidad, historia familiar de esquizofrenia, inicio precoz de la enfermedad, inicio sin acontecimientos precipitantes y poco apoyo social	Esbec (2005) y bibliografía allí citada
Afectaciones neurocognitivas concomitantes	Krakowski et al. (1999)

más) que en los pacientes sin dicha comorbilidad. Los resultados de este estudio sugieren que el aumento del riesgo de violencia es parte del cuadro clínico de la esquizofrenia y necesita ser reconocido como esencial en la gestión del riesgo.

Sin embargo, según el estudio MacArthur (Appelbaum, Robins y Monahan, 2000; Monahan, 2002), la cuestión no es tan alarmante. Este estudio, centrado en la identificación de factores de riesgo específicos en la población psiquiátrica después de un internamiento (1.136 pacientes) y en el diseño de un instrumento actuarial predictivo, el 17% de pacientes con esquizofrenia tenían comportamientos violentos frente al 5% en el grupo de control en las primeras semanas tras el alta, pero esta tasa aumentaba hasta el 32% (frente al 18% en el grupo de control) cuando el diagnóstico se asociaba al consumo de tóxicos. En este estudio los predictores más significativos de violencia fueron la psicopatía y la historia de malos tratos en la infancia: la conjunción de ambos factores explicaba el 41% de la violencia (Echeburúa y Loinaz, 2011; Esbec, 2003).

Finalmente, debe quedar claro que la enfermedad mental grave explica tan solo un pequeño porcentaje de la criminalidad violenta, que con aplastante frecuencia se asocia al consumo de sustancias psicoactivas, a la psicopatía y a otros trastornos de la personalidad. Se puede afirmar por ello que la violencia *per se* no es un síntoma de la esquizofrenia (Esbec y Echeburúa, 2010).

Variables predictoras de violencia en las personas diagnosticadas de esquizofrenia

Si bien a veces un primer episodio psicótico debuta con actos violentos, la violencia en la esquizofrenia se relaciona en primer lugar con la ausencia de tratamiento y el incumplimiento terapéutico (Swartz, Hiday, Borum, Wagner y Burns, 1998). Muchos pacientes diagnosticados de esquizofrenia (aproximadamente un 40%) son malos cumplidores o cumplidores parciales o erráticos, debido a la frecuente ausencia de conciencia de enfermedad, a los síntomas secundarios de los neurolepticos (discinesias, obesidad, impotencia, etc.) o simplemente a los síntomas negativos de los casos residuales (Hogarty, 1993). Por ello, la adherencia al tratamiento está basada en la conciencia de enfermedad y en la confianza en la medicación (Elbogen, Van Dorn, Swanson, Swartz y Monahan, 2006).

En segundo lugar, un factor de riesgo es el consumo de alcohol u otras drogas, que con frecuencia constituye una auténtica

automedicación, por la cual estos pacientes compensan ciertos síntomas positivos (ansiedad, insomnio, depresión, etc.) o negativos (anhedonia, apatía, bradipsiquia, etc.) (Esbec, 2005; Friedman, 2006; Wallace, Mullen y Burgess, 2004). El consumo de sustancias psicotrópicas funciona como disparador de múltiples delitos en la mayor parte de personas con trastornos mentales (Esbec y Echeburúa, 2014a). Diversos estudios epidemiológicos encuentran elevadas tasas de prevalencia para el abuso de sustancias en los pacientes psicóticos, que oscilan entre el 25 y el 58% (Vicente, Díaz y Ochoa, 2001).

Otros factores de mal pronóstico son la tendencia a la introversión, el carácter esquizoide u otros trastornos de la personalidad, la historia familiar de esquizofrenia, el inicio precoz de la enfermedad, el comienzo sin acontecimientos precipitantes y la falta de apoyo social (Swanson et al., 2006).

En resumen, los principales factores predictores de comportamientos violentos en las personas con un trastorno mental grave son: a) una historia previa de violencia o de victimización, con una personalidad premórbida anómala, b) la falta de conciencia de enfermedad y el consiguiente rechazo o abandono del tratamiento, c) los trastornos del pensamiento (ideas delirantes de amenaza/control, de celos o de identificación errónea) o de la percepción (alucinaciones que implican fuerzas externas controladoras del comportamiento), con pérdida del sentido de la realidad, d) el abuso de alcohol o drogas, e) el aislamiento familiar y social, resultado de la estigmatización o de la discriminación y f) el riesgo es mayor en varones jóvenes (Dolan, Castle y McGregor, 2012; Echeburúa y Loinaz, 2011; Esbec, 2005; Nestor, Haycock, Doiron Kelly y Kelly, 1995) (tabla 1).

La prueba pericial en los pacientes con esquizofrenia. Evaluación y jurisprudencia

Frecuentemente el paciente llega al perito como autor de un crimen violento o de delitos menos graves, o incluso por hechos que son habituales en la población delincuente común. También puede acceder al perito para valorar su estado mental durante la guardia de detenidos, para un ingreso involuntario o para examinar sus competencias de autogobierno.

A nivel pericial penal, las psicosis constituyen el paradigma de la *locura*, la *enajenación*, *alienación* o *alteración psíquica*, al tratarse de un trastorno que irrumpe en la personalidad y que implica

una pérdida de la conciencia de la realidad y/o de la continuidad histórico-biográfica. La percepción del mundo como amenazante explica las conductas agresivas en sujetos con síntomas esquizofrénicos (Arseneault et al., 2000; Echeburúa y Loiaz, 2011).

En asuntos de orden civil se ha experimentado un cambio radical en los últimos años, que va desde la incapacitación total con tutela global a la modificación parcial de la capacidad de obrar, rechazo al sistema tutelar, con la protección de un complemento de capacidad en ciertas áreas, y a un mayor control de los ingresos involuntarios.

Valoración de la base psicopatológica de la imputabilidad

En una revisión de sentencias se aprecia que la mayoría de los delitos cometidos por pacientes psicóticos crónicos son contra las personas, pero no todos. Esta diversidad se debe a la elevada comorbilidad de las psicosis (trastornos de la personalidad, abuso de drogas), así como a la marginación social de la persona con esta patología mental. No obstante, el paciente con esquizofrenia no siempre delinque como consecuencia de su psicosis (Esbec, 2005).

El diagnóstico de esquizofrenia conduce habitualmente a la inimputabilidad total, encajada en la alteración psíquica del art. 20.1 del Código Penal. Sin embargo, el Tribunal Supremo ha matizado con el tiempo su postura. Así, antiguamente el criterio era exculpar al paciente del delito cometido de forma automática por el principio *in dubio pro reo* y determinar su ingreso en un centro psiquiátrico durante un período prolongado o incluso *sine die* como indican las sentencias del Tribunal Supremo español (en adelante SSTs) de 19/12/1932, 19/12/35, 22/01/1964, 22/01/1966, 04/05/1976, 02/11/1979, 29/10/1981 y 15/10/84.

Más tarde, el Tribunal Supremo ha matizado esta postura según el nexo causal existente entre el delito cometido y la semiología experimentada por el sujeto con esquizofrenia (SSTs de 20/10/1982, 12/02/1986 y 06/06/1990). De esta forma, el Tribunal Supremo valora el efecto del trastorno mental en la responsabilidad penal atendiendo no solo al diagnóstico pericial de la existencia de una psicosis, sino a las consecuencias psicológicas específicas que dicho trastorno haya tenido en la conducta delictiva del acusado que se enjuicia (SSTs de 03/05/1995, 30/10/1996 y 30/11/1996).

Recientemente, en esta misma línea, la STS de 21/02/2013 señala que la doctrina jurisprudencial, al tratar de la capacidad de culpabilidad de las personas que padecen esquizofrenia, viene aplicando generalmente la circunstancia eximente completa del art. 20.1 del Código Penal cuando el hecho se ha producido bajo los efectos de un brote esquizofrénico, acude en cambio a la eximente incompleta del art. 21.1 si no se obró bajo ese brote, pero revelándose un comportamiento anómalo atribuible a esa enfermedad, y finalmente opera con la atenuante analógica del art. 21.6 si el hecho delictivo es consecuencia del residuo patológico llamado defecto esquizofrénico.

No obstante, las sentencias más recientes de Audiencias Provinciales (en adelante SAP) han aplicado la eximente completa en asuntos de homicidio en estos casos (AP de Madrid de 14/04/2014, AP de Madrid de 24/03/2014, así como la STS de 10/06/2014).

Para valorar el nexo causal que se exige entre un delito y la esquizofrenia hay que conectar la semiología con la conducta. En algunos casos puede establecerse con cierta facilidad, incluso con la lectura del atestado policial, de las pruebas testificales y de los datos al ingreso hospitalario, junto a la concordancia entre la semiología y los hechos denunciados. Sin embargo, en otras ocasiones no es posible porque las cadenas causales son largas, confusas y distorsionadas por el ruido de factores externos u otras concausas. Es decir, con cierta frecuencia no existe la posibilidad de determinar exactamente el grado de perturbación de las funciones cognitivas y volitivas de un paciente en un momento determinado.

Respecto a la capacidad para comprender la ilicitud de los hechos, frecuentemente esta se encuentra anulada. Un paciente

que se siente perseguido, perjudicado o amenazado de muerte es comprensible que actúe en su legítima defensa, quedando anulada su comprensión de lo ilícito. En cuanto a las funciones volitivas, la voluntad y el control de la conducta quedan totalmente condicionados por la vivencia psicótica. Así, la conducta violenta frecuentemente es absurda, sin un móvil claro, que a veces pone en peligro incluso la propia vida, la vivienda o los enseres del paciente.

Si ha transcurrido demasiado tiempo entre la comisión de los hechos y la pericia (lo que es muy frecuente), se dan múltiples posibilidades: a) el paciente está bien controlado y critica el episodio, b) el paciente está bien controlado, pero insiste en sus ideas y percepciones porque sabe que actuó mal y este discurso le beneficia en el procedimiento judicial, c) el paciente está controlado defectuosamente y persiste en sus ideas de perjuicio, persecutorias, místicas, etc., d) el paciente insiste en su enfermedad porque su hecho delictivo no guarda relación, pero sus abogados le han insistido en que su diagnóstico le beneficia, e) el paciente relata que no recuerda lo que ocurrió y f) el paciente presenta síntomas negativos o desconfía del perito y no colabora en la exploración, proporcionando pocos datos.

A nuestro entender, es esencial efectuar una buena anamnesis para valorar aspectos psicobiográficos, antecedentes familiares, una adecuada valoración de la personalidad de base con el fin de detectar algún trastorno, el análisis del apoyo familiar y social que tiene o necesita el paciente, los antecedentes de conductas violentas graves o menores, el contexto socio-cultural y económico, la conciencia de enfermedad, la adherencia a tratamientos y las posibles afectaciones neuropsicológicas (muy relevantes para Krakowski, Czobor y Chou, 1999).

Habitualmente, el enfermo psicótico crónico con un historial acreditado tiende a la inimputabilidad total. Sin embargo, toda forma de esquizofrenia no excluye la imputabilidad. Hay que estudiar cada caso sin hacer generalizaciones. La valoración respecto a la imputabilidad dependerá de la magnitud del defecto y de la relación causal con el delito.

Evaluación de la simulación de psicosis

El paciente psicótico puede engañar al perito y a los jueces. Al respecto, cabe decir que el paciente psicótico crónico puede ser muy inteligente y «aprovecharse» de su diagnóstico previo acreditado y sentirse «justificado» en todos los casos para delinquir, con un móvil claro y suficiente nivel de conocimiento y voluntad en beneficio de su persona. En este sentido es importante aclarar que no todos los actos que realizan los psicóticos tienen su origen en su psicosis, a excepción de ciertos cuadros clínicos muy avanzados en los que la psicosis impregna todas las conductas del sujeto. Habrá por ello que aclarar si en el momento de la acción se encontraba compensado o descompensado.

La psicosis simulada no va a ser fácil en la práctica. El paciente simulador deberá poseer ciertos conocimientos de psiquiatría, deberá tener la constancia de mantener en pie sus síntomas sin equivocaciones o inconsistencias de una anamnesis a otra y deberá simular al mismo tiempo todo un cortejo de síntomas.

El estudio de la posible simulación debe ser tenido en cuenta en la evaluación. Hay ciertos signos de sospecha (Esbec y Gómez-Jarabo, 1999; Esbec, 2012a). El incentivo externo, casi siempre presente en asuntos judiciales, permite diferenciar la simulación de los trastornos facticios.

El simulador de psicosis, por lo general, referirá un cuadro clínico muy alarmante con síntomas burdos, de curso no habitual o contradictorios (demencia, personalidad múltiple, alucinaciones de comando, alucinaciones visuales), que no encajan bien en la nosología, siendo raro encontrar síntomas más sutiles (fenómenos de robo o imposición del pensamiento, neologismos, etc.). A veces, en su sobreactuación, añade al cuadro clínico un deterioro cognitivo

Tabla 2
Algunos aspectos diferenciales entre los trastornos psicóticos y la simulación de psicosis (Esbec, 2012)

	Psicosis	Simulación
Presentación	Desaliñada, reservada, no controla la entrevista	Aspecto normal, exhibicionismo del cuadro clínico, intenta controlar la entrevista
Personalidad (DSM-5, sección 2)	Trastorno de la personalidad esquizoide, esquizotípico y paranoide	Trastorno de la personalidad antisocial, narcisista y límite
Anamnesis	Historial psiquiátrico por trastornos psicóticos No historia de deshonestidad	No historial (salvo meta-simulación) Deshonestidad/disnomia No apoya el diagnóstico
Información colateral	Apoya el diagnóstico	No
Respuesta a los neurolépticos	Sí	Sí
Sobreactuación clínica (↑síntomas)	No	Sí
Exhibicionismo del cuadro clínico	No	Sí
Actitud	Reticente/desconfiada	Controladora/hostil
Vivencia psicótica	Sí	No
Menos síntomas psicóticos con el paso del tiempo	No (salvo tratamiento)	Sí
Sintomatología sutil	Sí	No
Alucinaciones auditivas	En ambos oídos, en segunda y tercera persona, bien ubicadas y diferenciadas Asociadas a delirios Discontinuas El paciente suele intentar no obedecer las órdenes Son raras las órdenes «comete un delito...» (más frecuente, autoagresión)	Vagas, fantásticas, mal diferenciadas en tipo, ubicación y tono En primera persona Continuas El paciente afirma que obedece siempre las órdenes Frecuentes las órdenes imperativas del tipo «comete un delito»
Alucinaciones visuales	Típicas, en color, congruentes con la conducta	Dramáticas, atípicas, en blanco y negro
Delirios	Inicio y desaparición lentos No suele discutir sus ideas (salvo algunos casos de T. delirante) Delirios de control y de referencia Percepciones delirantes	No congruentes con la conducta Inicio y final bruscos Curso atípico Dispuesto casi siempre a discutir sus ideas Raros los delirios de control, de referencia y las percepciones delirantes
Fenómenos de robo, sonoridad, eco, imposición del pensamiento	En algunos casos	Muy raro
Alteraciones del lenguaje (neologismos, ensalada de palabras, bradilalia)	En algunos casos	A veces mutismo
Síntomas negativos	En algunos casos	Muy raro
Curso del pensamiento	Abrupto y rápidamente cambiante	Normal
Síntomas motores	En ocasiones	Muy raro
Síntomas neuropsicológicos	En ocasiones	A veces para sobreactuar
Búsqueda de alivio	Sí	No
Test y autoinformes	No sobreactuación No suele afectar a escalas de validez (salvo falta de colaboración) Ítems sutiles	Sobreactuación (↑) Síntomas dramáticos Escalas de validez sugestivas de simulación (escalas elevadas ↑)
Actividad y participación según la CIF (OMS, 2001)	Limitación	Ítems obvios No limitación

pensando en que «más es mejor». Su relato carecerá de un componente vivencial, afectivo, acorde con sus manifestaciones. Es posible que no sepa ubicar las voces o imágenes que refiere percibir o planteará dudas sobre la cualidad de las mismas. El relato, a través de las diferentes entrevistas, resultará demasiado monótono, repetitivo, «aprendido» más que «vivenciado». No referirá conductas de evitación o reactivas a sus experiencias, tales como tomar medicación, realizar cambios de domicilio, viajar, pedir ayuda, levantar barricadas, quitar enchufes u otras que suelen estar presentes en los enfermos psicóticos.

En la simulación no se encontrará en la anamnesis una historia clínica concordante ni una personalidad premórbida acorde con el cuadro clínico. El testimonio será muy estructurado o meticulosamente consistente, estable en el tiempo, y sin embargo carecerá de detalles generales o extrañeza del yo. El curso del trastorno es anormal y rechaza o no responde al tratamiento psicofarmacológico. El simulador de enfermedad mental suele considerar que es un alienado, mientras que el enfermo auténtico habitualmente no tiene conciencia de enfermedad. En el simulador puede no haber una afectación de las competencias de la vida diaria. En la [tabla 2](#) se resumen algunas diferencias entre la psicosis real y la simulada (Esbec, 2012a).

Evaluación de la competencia del procesado para declarar o comparecer a juicio

Asimismo puede solicitarse al perito un informe sobre la competencia del procesado para declarar o comparecer a juicio. Estas pericias todavía son poco frecuentes en España, pero están justificadas en la Ley de Enjuiciamiento Criminal.

En este sentido la sentencia más aclaratoria sobre los puntos de abordaje pericial es la de la AP de Barcelona de 08/06/2014: a) capacidad del denunciado para comprender la acusación, incluyendo el significado legal y práctico de la misma, las implicaciones de su presente situación legal y las funciones de quienes están presentes en una Sala de Vistas, así como la capacidad para distinguir los pronunciamientos de culpabilidad e inocencia; b) capacidad del denunciado para ayudar a su defensa, incluyendo la de describir su propio comportamiento y paradero en el momento de comisión del delito objeto de acusación, la de interactuar de manera eficaz con su letrado y la de comportarse de manera adecuada en la Sala; c) capacidad del denunciado para afrontar su propio interrogatorio, con comprensión del derecho a no declarar contra sí mismo y no confesarse culpable y las consecuencias de no hacer uso del mismo, así como del derecho a la última palabra, con ocasión de contradecir

lo dicho por otros declarantes hasta ese momento; d) cualesquiera otros extremos de interés para determinar la capacidad procesal del denunciado.

Valoración pericial del riesgo de violencia en la esquizofrenia

El conocimiento acerca de los síntomas y características que aumentan el riesgo de comportamiento violento en los pacientes es crucial para el desarrollo de formas eficaces para gestionar la esquizofrenia y permitir a estos pacientes que participen adecuadamente en la vida diaria (Swanson et al., 2006).

El mayor riesgo en estos sujetos se da en el momento de producirse el brote psicótico, especialmente si la enfermedad no está diagnosticada, o aun estándolo no ha sido tratada, no hay una buena adherencia al tratamiento farmacológico, si el paciente deja de tomarlo o si consume alcohol u otras drogas o tiene un trastorno de la personalidad de base (Steadman et al., 2000).

En general, la violencia es más frecuente en el trastorno que evoluciona por brotes que en el crónico. En todo caso, el brote suele ir precedido de un período de inestabilidad y alteraciones del comportamiento que pueden pasar desapercibidas para el entorno. Suele haber señales de alarma de signo pasivo (aislamiento, incomunicación, incapacidad para sentir emociones, etc.) o activo (conductas extrañas, conflictos con el entorno, abandono de las pautas lógicas de actuación, etc.).

Por otra parte, se ha demostrado que hay un pico en delitos violentos (de hasta el 75%) en el período de hasta 4 años antes del diagnóstico de la esquizofrenia (Munkner, Haastrup, Kramp y Joergensen, 2003; Wallace et al., 2004; Wessely, Castle, Douglas y Taylor, 1994) y que el 39% de los delincuentes psicóticos que cometieron homicidio nunca habían sido detectados previamente (Nielsen, 2015). Por este motivo hay estudios que dudan de que el uso rutinario de cualquier forma de evaluación de riesgos (por ejemplo, el HCR-20) sea capaz de prevenir el riesgo y reducir los índices de violencia entre las personas con esquizofrenia. Estas pruebas han sido criticadas por su bajo poder discriminativo en estos pacientes (Large, Ryan, Singh, Paton y Nielsen, 2011). Esto podría ser debido a que frecuentemente la esquizofrenia puede debutar con actos violentos y a que los síntomas prodrómicos, a los que con frecuencia no se presta la debida atención, son la causa del primer delito violento, extraño e inesperado.

La prevención de riesgos supone no minimizar los síntomas prodrómicos. Estos síntomas, definidos de modo retrospectivo (en orden de frecuencia), son los siguientes: baja concentración y atención, reducción del impulso y motivación, anergia, estado de ánimo depresivo, trastornos del sueño, ansiedad, aislamiento social, desconfianza, deterioro en el funcionamiento y cumplimiento de roles e irritabilidad (Yung et al., 1996).

Tampoco hay que minimizar las amenazas y daños menores. Así, en el trabajo de Bobes et al. (2009) en relación con 91 episodios violentos, la mayoría fueron verbales (44%), seguidos de violencia física hacia los objetos (29%), violencia hacia los demás (19%) y violencia autoinflingida (8%).

Es muy importante detectar si el paciente cumple criterios de algún trastorno de la personalidad (TP). En la Sección III del DSM-5 se propone un modelo híbrido categórico-dimensional para el diagnóstico de los TP. Este modelo incluye un conjunto de rasgos y dominios de la personalidad que, junto con el mayor o menor deterioro en el funcionamiento de la personalidad, se configuran para categorizar uno de los seis TP específicos propuestos y los de rasgo especificado. Este enfoque es más flexible, más específico y presta una mayor atención al nivel de gravedad (Esbec y Echeburúa, 2014b). Las facetas-rasgo que pueden estar más relacionadas con la violencia son la suspicacia (un rasgo de la dimensión *afectividad negativa*), la hostilidad e insensibilidad (facetas del *antagonismo*), el retraimiento social (faceta del *desapego*), la

impulsividad y temeridad (facetas de la *desinhibición*) y la desregulación cognitivo-perceptiva (facetas del *psicoticismo*) (Esbec y Echeburúa, 2015).

Respecto al pronóstico, en los diversos estudios de seguimiento, este no siempre es malo. Un significativo porcentaje de pacientes admitidos por vez primera en la Clínica Universitaria de Oslo, con un seguimiento durante periodos de 6 a 18 años, mejoraron e incluso curaron, siendo datos de buen pronóstico el sexo femenino, el estado civil de casado, la personalidad hipersensible frente a la esquizoide, edad juvenil, inicio agudo de la enfermedad con factores precipitantes, humor depresivo y el ser dados de alta rápidamente (Retterstol, 1991).

Todos los pacientes paranoides de Krakowski, Volavka y Brizer (1988) que eran violentos, después de una inicial explosión de violencia o «bronca», seguían tendencias a ser especialmente cautos para evitar mayores conflictos. Los pacientes que son violentos antes de su ingreso raramente siguen siéndolo tras un periodo de tiempo de tratamiento (Tardiff y Sweillam, 1982).

Valoración de los fundamentos psicosociales de la capacidad de obrar

En relación con la capacidad de obrar, en la mayoría de los casos es suficiente el control sanitario del paciente, ya que si toma su medicación con regularidad (buena adherencia) y no consume tóxicos con frecuencia puede hacer una vida muy normalizada. Puede añadirse una curatela en el área económica con la finalidad de motivarle para la toma de la medicación y abstinencia de drogas.

La Convención de la ONU sobre los derechos de las personas con discapacidad (ONU, Nueva-York, 13 de diciembre de 2006, vigente en España desde el 3 de mayo de 2008) se refiere a las pruebas periciales y señala que, en estos casos, la autoridad correspondiente deberá solicitar, con la prontitud debida, la colaboración de los médicos forenses, especialistas en psicología, trabajo social, comunicación, educación especial y discapacidad.

El objeto de la prueba pericial incluye: (1) diagnóstico (a ser posible con códigos CIE-10/CIE-11 o DSM-5), (2) profundidad del trastorno, (3) grado de afectación de las facultades cognitivas y volitivas, (4) pronóstico (cronicidad o permanencia), (5) capacidad de autogobierno con descripción minuciosa de las habilidades adaptativas, competencias en actividad y participación de la persona y (6) medidas cautelares (urgentes), incluida la necesidad de ingreso o tratamiento ambulatorio y protección patrimonial (Esbec, 2012b).

En las esquizofrenias, desde hace años se viene proponiendo como medida de protección la curatela, que es un complemento de capacidad para determinados actos, tales como los referidos a la gestión patrimonial, y de modo singular para asegurar la regular dispensación y seguimiento del tratamiento médico y farmacológico (STS de 20/05/1994 y 28/6/1998, SAP de Barcelona de 18/12/1999, SAP de la Rioja de 12/05/1999 y SAP de Huelva de 23/10/2001).

Según el Tribunal Supremo, «aquí es esencial la valoración que el Juez haga de los informes periciales, pues se puede padecer una enfermedad o deficiencia inhabilitante y, sin embargo, si su sintomatología externa es excluida mediante el oportuno tratamiento o remedio, de modo que el sujeto pueda comportarse con normalidad, no existirá causa de incapacitación, ya que los avances de la medicina en el terreno psiquiátrico permiten hoy un comportamiento prácticamente normal a enfermos que hace unos años hubieran estado condenados a largas estancias, cuando no a reclusiones de por vida, en establecimientos psiquiátricos; de donde se infiere que el carácter persistente de la enfermedad no sea suficiente para la incapacitación, sino que se requiere también, como consecuencia de la misma, que el sujeto sea incapaz de gobernarse a sí mismo, es decir, cuando el proceso del enfermo o deficiente es de los que no conceden remisiones espontáneas ni terapéuticas»

(STS de 29/04/2009). La misma sentencia se refiere a estas enfermedades mentales con descompensaciones, señalando que la figura vigente más acorde en el derecho español será la del curador, en cuanto se configura como graduable y abierta al apoyo para actos determinados.

Todo ello está en consonancia con la Convención de la ONU sobre los derechos de las personas con discapacidad (ONU, Nueva-York, 13/12/2006), Jurisprudencia del Tribunal Supremo (por ejemplo, SSTs de 14/02/2011 y 11/10/2012) y del Tribunal Constitucional (STC de 09/10/2002), Reglas de Brasilia sobre acceso a la Justicia de las personas en condición de vulnerabilidad establecidas en la XIV Cumbre Judicial Iberoamericana (2008), la Ley 26/2011 de 1 de agosto de adaptación normativa a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, la Guía de buenas prácticas del Consejo General del Poder Judicial (2011) y el Anteproyecto de Ley de reforma del Código Civil, del estatuto orgánico del Ministerio Fiscal y de la Ley 1/2000 de Enjuiciamiento Civil (2012) (Esbec, 2012c).

Conclusiones forenses de los informes

En las conclusiones forenses en la jurisdicción penal, el perito tiene que aclarar, si es posible, los siguientes extremos: 1) si está acreditado que el procesado padece un cuadro psicótico y su gravedad; si no puede acreditarse, el perito puede expresarse en términos de probabilidad; 2) cuándo se inició la psicosis y si tras el estudio clínico documental es probable que estuviese descompensado en el momento de los hechos; 3) si existe comorbilidad con otros trastornos, especificando cuáles; 4) el perito, en este punto, debe señalar cómo y cuánto afecta esta patología a las facultades cognitivas (comprender la ilicitud de los hechos) y/o volitivas (adecuar su conducta a dicha comprensión, voluntad, motivaciones y auto-control); 5) evaluación del riesgo de violencia y gestión del mismo; 6) competencia para declarar o asistir a la vista oral en condiciones normalizadas; 7) finalmente, propuesta de una medida de seguridad terapéutica, a valorar caso por caso.

En la jurisdicción civil, para la modificación de la capacidad de obrar, hay que probar que el trastorno es profundo y permanente y efectuar una valoración por categorías. De acuerdo con las conclusiones de las Jornadas de Fiscales especializados en la protección de las personas con discapacidad y de la Instrucción 3/2010 de la Fiscalía General del Estado, el perito deberá explicar con mayor exhaustividad y rigor las áreas de funcionamiento según sus requisitos para la vida diaria: 1) área personal, 2) área económico-administrativa (administración del patrimonio y disposición de bienes), 3) área procesal, 4) área contractual, 5) área laboral y aprendizaje, 6) área sanitaria y 7) área socio-política (Esbec, 2012b).

Abordaje terapéutico y control de la esquizofrenia

Es un hecho que los pacientes del espectro de la esquizofrenia son los más frecuentemente ingresados involuntariamente, a tenor del art. 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil. El tratamiento temprano del primer episodio de psicosis es crucial para la evolución del paciente.

En las etapas prodrómicas, en primeros episodios o en descompensaciones, cuando hay daños, amenazas verbales o ideas o tentativas de suicidio, si hay indicios de peligrosidad pero el paciente aún no ha delinquido, puede plantearse el ingreso involuntario regulado por el art. 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil o la sumisión a tratamiento ambulatorio forzoso. El descuido por parte del clínico de no instar el ingreso de un paciente con riesgo de violencia hacia sí mismo o hacia los demás puede constituir una mala praxis en el ejercicio profesional. En cualquier caso, los requisitos

establecidos por el Tribunal Constitucional en Sentencia 141/2012 de 2 de julio (recurso de amparo) son muy contundentes y críticos con la praxis habitual y se refieren a los derechos fundamentales de los pacientes, al derecho a información y a un abogado, a un trato digno, al cumplimiento estricto de los plazos, a un peritaje riguroso y a un auto judicial bien fundamentado (Esbec y Echeburúa, *en prensa*).

Respecto a las medidas de seguridad tras la comisión de un hecho tipificado como delito, ninguna patología mental justifica el internamiento involuntario prolongado, debiendo estudiarse si existen otras alternativas. Si de verdad lo que se pretende es la curación o estabilización del sujeto, muchas veces la hospitalización no estará indicada y si lo está debe limitarse al tiempo estrictamente necesario (Esbec, 2005; Retterstol, 1991; Walker y Brodie, 1989).

El tratamiento ambulatorio debe incluir controles periódicos, habitualmente quincenales, en los cuales se procede a la inyección de un neuroléptico de depósito, se controla el consumo de tóxicos y se analiza la situación clínica y social del paciente. Después del debut de la enfermedad, se ha establecido un periodo crítico de tres años para valorar la evolución y el riesgo (Birchwood, Todd y Jackson, 1998).

Una vez cumplida la pena y/o la medida de seguridad, puede proponerse la libertad vigilada como medida accesoria y una modificación de la capacidad de obrar, para que estos controles se prolonguen más allá del tiempo que pueda establecerse para la pena y/o la medida de seguridad principal. Según la reforma del Código Penal establecida por la LO 1/2015 de 30 de marzo, el Tribunal puede incluir en la sentencia una medida de libertad vigilada de 5 a 10 años, una vez que el reo se encuentre en libertad, para los delitos contra la libertad sexual (art. 192), homicidio (art. 140 bis) y lesiones en el ámbito familiar (art. 156 ter). La LO 2/2015 de 30 de marzo la establece para los delitos de terrorismo (art. 579 bis), en todos los casos «dependiendo de la peligrosidad».

En pacientes ya diagnosticados de esquizofrenia las intervenciones que podrían reducir la incidencia de violencia incluyen la terapia adecuada del abuso de drogas en personas con un trastorno dual, incluyendo el tratamiento involuntario para aquellos que han cometido delitos asociados a la intoxicación, así como la supervisión a largo plazo de los pacientes que han cometido delitos violentos graves (Nielsen, 2015).

Existen otras fórmulas legales para la prevención de nuevas conductas violentas de algunas personas con esquizofrenia, como el ingreso involuntario y el tratamiento ambulatorio forzoso de forma puntual o en el marco de una tutela o curatela sanitaria o mixta.

Desde el punto de vista técnico, el principal tratamiento para los pacientes del grupo de las esquizofrenias es farmacológico. En episodio agudo el paciente puede estar agitado y/o violento, siendo con frecuencia necesaria la contención mecánica, la sedación potente y el aislamiento (medidas que deben estar muy justificadas y durar el menor tiempo posible). A su vez, en pacientes con ideación suicida deben tomarse precauciones especiales *in vigilando* y en prisiones poner en funcionamiento un programa de prevención de suicidios (PPS).

El análisis de la psicofarmacología en la esquizofrenia excede de los objetivos de este trabajo. No obstante, la elección del fármaco (de primera o de nueva generación) y su dosis necesitan ser valoradas para cada paciente individualmente, dependiendo del cuadro clínico, edad, comorbilidad orgánica, respuesta terapéutica en episodios previos, efectos secundarios y preferencias del paciente. No se pueden dar reglas generales porque hay diferencias genéticas individuales que pueden ser factores determinantes importantes en la eficacia y los efectos adversos de la medicación antipsicótica (Tajima, Fernández, López-Ibor, Carrasco y Díaz-Marsá, 2009) y porque *no hay enfermedades sino enfermos*.

Tabla 3
Objetivos terapéuticos y tratamiento, según las fases de la esquizofrenia (resumido de [Ruiz-Iriondo et al., 2013](#))

	Objetivo terapéutico	Abordaje terapéutico
Fase prodrómica	Evitar, demorar o minimizar el riesgo de transición a la psicosis. Tratar los síntomas presentes, así como a reducir el riesgo de empeoramiento y de manifestación de un primer episodio.	En el plano farmacológico distintos estudios han probado la efectividad del uso de medicación antipsicótica en dosis bajas, aunque acompañada de terapia psicológica para reducir la probabilidad de transición a las psicosis.
Fase aguda	Captación del paciente y el cumplimiento con el tratamiento farmacológico; análisis de los procesos de adaptación a la enfermedad y valoración clínica tanto de la enfermedad como de las distintas alternativas de tratamiento, además de la intervención sobre la sintomatología afectiva y del estado de ánimo.	Uso de antipsicóticos atípicos a dosis óptimas, con el objetivo adicional de reducir la presencia de los efectos secundarios de la medicación.
Periodo crítico	Cumplimiento del tratamiento farmacológico, para alcanzar la estabilidad de los pacientes; progresiva readaptación al mundo laboral. En esta fase es cuando existe un mayor riesgo de abandono de la medicación, de recaídas y de suicidio.	Programas de prevención de recaídas y de suicidio. Intervención sobre síntomas positivos con programas específicos, entre ellos la terapia cognitiva de Kingdon y Turkington, que tiene como objetivo tanto la sintomatología psicótica residual como la sintomatología negativa, los trastornos afectivos y la prevención de recaídas.
Fase subsindrómica	El objetivo principal de esta fase es la estabilización a largo plazo de los pacientes, así como su progresiva readaptación social mediante el uso de los recursos psicosociales disponibles (talleres o empleos protegidos).	Programas de tratamiento multimodales, ya que en estas fases la enfermedad ha impactado de forma severa en todas las esferas de la vida del paciente. Estos programas intervienen tanto sobre la presencia de síntomas cognitivos como sobre los déficits sociales y de resolución de problemas. Si los pacientes presentan una predominancia de síntomas positivos, se puede optar por usar un programa de tratamiento específico. Otra de las dianas terapéuticas es la independencia progresiva de los pacientes, mediante recursos psicosociales y la disminución de la carga emocional en las familias, así como la reducción del consumo de tóxicos.
Fase crónica	La meta de los clínicos se centra tanto en la mejora de la calidad de vida como en el logro de un cierto grado de independencia.	Se recomienda el uso de antipsicóticos como la clozapina, ya que reducen los síntomas extrapiramidales y facilitan el cumplimiento terapéutico. En el plano psicoterapéutico se ha comprobado la eficacia de los programas de tratamiento integrado, especialmente de la Terapia Psicológica Integrada (IPT) del grupo de Roder que consiste en un programa de terapia grupal que integra la rehabilitación cognitiva y social. Su principal objetivo es reducir los déficits en las funciones cognitivas de atención y percepción para que dicha mejora se refleje en un mejor funcionamiento social e interpersonal.

Una vez pasada la crisis, es esencial establecer una relación empática o alianza terapéutica con el paciente y sus familiares, así como establecer un plan terapéutico y evitar las complicaciones.

A medio y largo plazo, en población violenta sometida a control judicial, el tratamiento con fármacos antipsicóticos atípicos inyectables de larga duración obtiene el mayor grado de acuerdo como estrategia farmacológica de primera elección para evitar o mejorar la baja adherencia terapéutica ([Roca, Cañas, Olivares, Giner y Rodríguez, 2007](#)). Y es que la conducta violenta disminuye sensiblemente al utilizar neurolépticos de depósito ([Hodgins, Hiscoke y Freese, 2003](#)). Es importante abordar el posible consumo de drogas psicoactivas o alcohol, la problemática familiar o social y otros aspectos complementarios, así como conseguir una buena adherencia terapéutica en un programa de prevención de recaídas ([Johnson, Pasterski, Ludlow, Street y Taylor, 1983](#)).

La psicología clínica también aporta mucho en el tratamiento de estos pacientes: a) las intervenciones psicológicas pueden mejorar específicamente la disfunciones cognitivas, b) las intervenciones sociales, desde el principio de la terapia, motivan al paciente debido a su relevancia para los problemas reales, c) los procedimientos terapéuticos de entrenamiento cognitivo en grupo son particularmente efectivos en el tratamiento de los desórdenes primarios relacionados con la vulnerabilidad, d) los aspectos emocionales implicados en interacciones sociales relevantes merecen una gran consideración en la rehabilitación, por lo que incluir el manejo emocional como una parte integral del programa potencia el efecto de la terapia sobre las funciones de procesamiento de la información y e) el impacto terapéutico puede estar reforzado por el ambiente externo, de modo que las habilidades sociales y la ansiedad social pueden mejorarse más en pacientes ambulatorios que en los hospitalizados ([Vallina y Lemos, 2001](#)).

La llamada Terapia Integrada para la Esquizofrenia (IPT), desarrollada por el grupo de Brenner, es un programa de intervención psicosocial dirigido a tratar los déficits cognitivos, conductuales

y sociales que se dan tanto en pacientes ambulatorios como ingresados y en diferentes fases de la enfermedad. Sus efectos han sido demostrados científicamente, como muestra un reciente metaanálisis realizado con más de treinta estudios de diferentes países que evalúan su eficacia ([Roder, Mueller, Mueser y Brenner, 2006](#)).

Los tratamientos psicológicos se han centrado en los efectos de la adaptación a las experiencias psicóticas, la reducción de los síntomas psicóticos residuales, la prevención de recaídas, el cumplimiento del tratamiento, las relaciones interpersonales y la adquisición de habilidades necesarias para una vida independiente, así como en la reducción del estrés y de la carga familiar. Los próximos desarrollos deberían ir en el sentido de afinar más en el análisis de las etapas de la enfermedad y de conseguir integrar todas estas intervenciones en un formato clínico global y flexible, que facilite una evaluación y aplicación ágil desde los entornos clínicos. Asimismo deben diseñarse módulos de intervención que puedan mantenerse en el tiempo ([Vallina y Lemos, 2001](#)).

A su vez, la intervención familiar requiere: 1) contar con la colaboración de la familia, haciéndole ver la importancia de su participación, 2) informar a la familia sobre la enfermedad y su relación con el estrés, 3) dotar a las familias de recursos de afrontamiento del estrés, 4) entrenar a la familia en la detección de signos de recaída para poder intervenir tempranamente, 5) conseguir su colaboración para el mantenimiento de la medicación y 6) crearles expectativas realistas ([Muela y Godoy, 2001](#)).

En resumen, los programas de terapia psicosocial han resultado eficaces en la prevención de recaídas y en el control de los síntomas, así como en la mejora funcional de pacientes con esquizofrenia, siendo una opción terapéutica indicada junto con el tratamiento farmacológico. Así, ha resultado de utilidad la intervención psicosocial integrada (IPT) junto a una intervención familiar con psicoeducación, terapia conductual y entrenamiento en solución de problemas ([Lemos et al., 2004](#)).

Recientemente se ha propuesto un modelo de estadios para el tratamiento de la esquizofrenia: 1) fase prodrómica, 2) fase aguda, 3) periodo crítico, 4) fase subsindrómica y (5) fase crónica (Agius, Goh, Ulhaq y McGorry, 2010). Este modelo ha sido analizado por Ruiz-Iriondo, Salaberría y Echeburúa (2013) y se resume brevemente en la tabla 3.

Conclusiones

La violencia cometida por las personas con esta condición representa solo un pequeño porcentaje de los delitos violentos en general. Los pacientes con una esquizofrenia controlada pueden llevar una vida relativamente normalizada y solo son responsables de una pequeña parte de los delitos violentos. Los medios de comunicación han exagerado la relación entre la esquizofrenia y la violencia, cuando lo cierto es que muchos pacientes con esquizofrenia pueden convertirse más fácilmente en víctimas que en agresores (Mullen, 2006).

Sin embargo, la esquizofrenia mal controlada farmacológicamente, con consumo de drogas y con otros factores biopsicosociales de riesgo añadidos (antecedentes familiares, ser joven, varón, con trastorno de la personalidad, de nivel económico bajo, sin apoyo familiar y social) indiscutiblemente predisponen a la violencia. Es decir, los principales factores asociados a la violencia en la esquizofrenia son la mala adherencia al tratamiento y la comorbilidad con el abuso de sustancias, circunstancias que resultan relativamente habituales en este cuadro clínico (Stuart, 2003). Esto tiene implicaciones para las personas que conviven con estos pacientes, los cuidadores y profesionales de salud mental, los administradores de los centros de atención psiquiátrica, las fuerzas del orden, el sistema judicial y los responsables políticos.

De acuerdo con Silverstein, Del Pozzo, Roché, Boyle y Miskimen (2015), las personas con esquizofrenia tienen también un mayor riesgo de violencia debido a los síntomas psicóticos específicos. Pero este riesgo aumenta por anomalías cerebrales, comorbilidades psiquiátricas y factores demográficos que no son específicos de la esquizofrenia. Muchos delitos violentos cometidos por personas con esquizofrenia son indistinguibles de los delitos llevados por otras personas. Sin embargo, a pesar de nuestro conocimiento de los factores relacionados con el aumento del riesgo de violencia y la existencia de tratamientos eficaces para mitigar este riesgo, se carece de instrumentos de evaluación del riesgo válidos para esta población.

Ahora bien, existe una asociación no solo entre la esquizofrenia y el delito posterior, sino también con los delitos cometidos antes del primer ingreso (etapa prodrómica o psicosis aún no diagnosticada), reforzando la idea de que las personas que van a ser diagnosticadas con la enfermedad en el futuro muestran precozmente diferencias de comportamiento con el resto de la población. Por ello, un reto de futuro es diseñar protocolos de valoración y gestión del riesgo para detectar y afrontar adecuadamente los síntomas prodrómicos.

Respecto a la imputabilidad, hay que establecer el nexo causal entre la semiología y la conducta, aunque la tendencia natural es hacia la eximente completa. Las medidas de seguridad actualmente, frente al internamiento indefinido, tienden a la libertad vigilada con tratamiento ambulatorio y otras medidas de prevención y control. Y respecto a la capacidad de obrar, puede en muchos casos ser modificada específicamente en el cuidado de la salud, mediante un complemento de capacidad o curatela. Ocasionalmente, puede solicitarse al perito la competencia para declarar o ser juzgado, que puede encontrarse afectada en algunos casos.

Por último, los programas de terapia integral biopsicosocial han resultado eficaces en la prevención de recaídas y en el control de los síntomas, así como en la mejora funcional de los pacientes con esquizofrenia. Por ello, este enfoque, junto con un tratamiento

farmacológico que resulta imprescindible, puede ser la opción terapéutica indicada.

Conflicto de intereses

Los autores de este artículo declaran que no tienen ningún conflicto de intereses.

Referencias

- Addad, M., Benezech, M., Bourgeois, M. y Yesavage, J. (1981). Criminal acts among schizophrenics in French mental hospitals. *Journal of Nervous Mental Disease*, 169, 289–293. doi: 0.1097/00005053-198105000-00004.
- Agius, M., Goh, C., Ulhaq, S. y McGorry, P. D. (2010). The staging model in schizophrenia and its clinical implications. *Psychiatry Danubiana*, 22, 211–220.
- American Psychiatric Association. (1994). *Fact Sheet: Violence and Mental Illness*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Appelbaum, P. S., Robins, P. y Monahan, J. (2000). Violence and Delusions: Data from the MacArthur Violence Risk Assessment Study. *American Journal of Psychiatry*, 157, 566–572. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.157.4.566>
- Arbach, K. y Andrés Pueyo, A. (2007). Valoración del riesgo de violencia en enfermos mentales con el HCR-20. *Papeles del Psicólogo*, 28, 174–186.
- Arseneault, L., Moffitt, T. E., Caspi, A., Taylor, T. J. y Silva, P. A. (2000). Mental disorders and violence in a total birth cohort: results from the Dunedin Study. *Archives of General Psychiatry*, 57, 970–986. <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.57.10.979>
- Benezech, M., Bourgeois, M. y Yesavage, J. (1980). Violence in the mentally ill: a study of 547 patients at a French hospital for the criminally insane. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 168, 698–700. <http://dx.doi.org/10.1097/00005053-198011000-00010>
- Birchwood, M., Todd, P. y Jackson, C. (1998). Early intervention in psychosis: the critical period hypothesis. *British Journal of Psychiatry*, 172, 53–59. doi: 10.1097/00004850-199801001-00006.
- Bobes, J., Fillat, O. y Arango, C. (2009). Violence among schizophrenia out-patients compliant with medication: prevalence and associated factors. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 119, 218–225. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0447.2008.01302.x>
- Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental. (2008). *Salud mental y medios de comunicación: guía de estilo*. Madrid: FEAFAES.
- Dickerson, F. B., Sommerville, J., Origoni, A. E., Ringel, N. B. y Parente, F. (2012). Experiences of stigma among outpatients with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 28, 143–155. <http://dx.doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a006917>
- Dolan, M., Castle, D. y McGregor, K. (2012). Criminally violent victimization in schizophrenia spectrum disorders: the relationship to symptoms and substance abuse. *BMC Public Health*, 12, 445. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-12-445>
- Echeburúa, E. y Loinaz, I. (2011). Violencia y trastornos mentales. En P. García Medina, J. M. Bethencourt, E. Sola, A. R. Martín, y E. Armas (Eds.), *Violencia y psicología comunitaria. Aspectos psicosociales, clínicos y legales* (pp. 1–22). Granada: Comares.
- Elbogen, E., Van Dorn, A., Swanson, J., Swartz, M. y Monahan, J. (2006). Treatment engagement and violence risk in mental disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 189, 354–360. <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.105.017913>
- Eronen, M., Hakola, P. y Tiihonen, J. (1996). Mental disorders and Homicidal behavior in Finland. *Archives of General Psychiatry*, 53, 497–501. <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1996.01830060039005>
- Esbec, E. (2003). Valoración de la peligrosidad criminal (Riesgo-Violencia) en Psicología forense: Aproximación conceptual e histórica. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 3, 45–64. Recuperado de <http://masterforense.com/pdf/2003/2003art10.pdf>.
- Esbec, E. (2005). Violencia y Trastorno mental. *Cuadernos de Derecho Judicial*, 8, 57–154.
- Esbec, E. (2012a). Trastornos psicóticos. En H. González-Ordí, P. Santamaría, y P. Capilla (Eds.), *Estrategias de detección de la simulación. Un manual clínico multidisciplinar* (pp. 637–675). Madrid: Ediciones TEA.
- Esbec, E. (2012b). Avances y exigencias de la prueba pericial en el proceso de modificación y (delimitación de la capacidad de obrar. La capacidad en los trastornos mentales. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 12, 149–179. Recuperado de <http://masterforense.com/pdf/2012/2012art8.pdf>.
- Esbec, E. (2012c). Un nuevo modelo de modificación y delimitación de la capacidad de obrar de la persona con discapacidad. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 12, 121–147. Recuperado de <http://www.masterforense.com/pdf/2012/2012art7.pdf>.
- Esbec, E. y Echeburúa, E. (2010). Violencia y trastornos de la personalidad: implicaciones clínicas y forenses. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 38, 249–261. Recuperado de <http://actaspsiquiatria.es/repositorio/11/67/ESP/11-67-ESP-249-261-165838.pdf>.
- Esbec, E. y Echeburúa, E. (2014a). La prueba pericial en la jurisdicción penal en los consumidores de drogas y drogodependientes: Una valoración integral. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 14, 189–215. Recuperado de <http://www.masterforense.com/pdf/2014/2014art9.pdf>.
- Esbec, E. y Echeburúa, E. (2014b). La evaluación de los trastornos de la personalidad según el DSM-5: recursos y limitaciones. *Terapia Psicológica*, 32, 255–264. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082014000300008>

- Esbec, E. y Echeburúa, E. (2015). El modelo híbrido de clasificación de los trastornos de la personalidad en el DSM-5: Un análisis crítico. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 4, 177–186. Recuperado de <http://actaspsiquiatria.es/repositorio/17/97/ESP/17-97-ESP-177-86-790955.pdf>.
- Esbec, E. y Echeburúa, E. (en prensa). Malpractice in clinical and forensic psychology according to Spanish courts: An exploratory analysis. *Behavioral Psychology/Psicología conductual*.
- Esbec, E. y Gómez Jarabo, G. (1999). Signos de sospecha en la simulación de los trastornos mentales. *Psiquiatría Forense. Revista Española de Psiquiatría Forense, Psicología Forense y Criminología*, 8, 35–44.
- Fazel, S., Langstrom, N., Hjern, A., Grann, M. y Lichtenstein, P. (2009). Schizophrenia, substance abuse, and violent crime. *JAMA - Journal of the American Medical Association*, 301, 2016–2023. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2009.675>
- Fleischman, A., Werbeloff, N., Yoffe, R., Davidson, M. y Weiser, M. (2014). Schizophrenia and violent crime: a population-based study. *Psychological Medicine*, 4, 3051–3057. <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291714000695>
- Friedman, R. (2006). Violence and Mental Illness. *New England Journal of Medicine*, 355, 2064–2066. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMp068229>
- Hodgins, S. (1992). Mental Disorder. Intellectual Deficiency, and Crime: Evidence from a Birth Cohort. *Archives of General Psychiatry*, 49, 476–483. doi: 1001/archpsyc.1992.01820060056009.
- Hodgins, S., Hiscock, U. L. y Freese, R. (2003). The antecedents of aggressive behavior among men with schizophrenia: a prospective investigation of patients in community treatment. *Behavioral Sciences and Law*, 21, 523–546. <http://dx.doi.org/10.1002/bsl.540>
- Hogarty, G. E. (1993). Prevention of relapse in chronic schizophrenic patients. *Journal of Clinical Psychiatry*, 54(Suppl), 18–23.
- Johnson, D. A., Pasterski, G., Ludlow, J. M., Street, K. y Taylor, R. D. (1983). The discontinuance of maintenance neuroleptic therapy in chronic schizophrenic patients: drug and social consequences. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 339–352. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb00351.x>
- Joyal, C. C., Putkonen, A., Paavola, P. y Tiihonen, J. (2004). Characteristics and circumstances of homicidal acts committed by offenders with schizophrenia. *Psychological Medicine*, 34, 433–442. <http://dx.doi.org/10.1017/s0033291703001077>
- Krakowski, M., Czobor, P. y Chou, J. C. (1999). Course of violence in patients with schizophrenia: relationship to clinical symptoms. *Schizophrenia Bulletin*, 25, 505–517. doi: 1093/oxfordjournals.schbul.a033397.
- Krakowski, M., Volavka, J. y Brizer, D. (1988). Psychopathology and violence: a review. *Comprehensive Psychiatry*, 27, 131–148. doi: 1016/0010-440X(86)90022-2.
- Large, M., Ryan, C., Singh, S., Paton, M. B. y Nielssen, O. B. (2011). The predictive value of risk categorisation in schizophrenia. *Harvard Review of Psychiatry*, 19, 25–33. <http://dx.doi.org/10.3109/10673229.2011.549770>
- Lemos, S., Vallina, O., García, A., Gutiérrez, M., Alonso, M. y Ortega, J. A. (2004). Evaluación de la efectividad de la terapia psicológica integrada en la evolución a largo plazo de pacientes con esquizofrenia. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 3, 166–177.
- Lindqvist, P. y Allebeck, P. (1990). Schizophrenia and Crime. A Longitudinal FollowUp of 644 Schizophrenics in Stockholm. *British Journal of Psychiatry*, 157, 345–350. <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.157.3.345>
- McGuire, J. (2004). *Understanding Psychology and Crime*. London: McGraw-Hill.
- Monahan, J. (2002). The MacArthur studies of violence risk. *Criminal Behavior and Mental Health*, 12, 67–72. <http://dx.doi.org/10.1002/cbm.521>
- Muela, J. A. y Godoy, J. F. (2001). Programas actuales de intervención familiar en la esquizofrenia. *Psicothema*, 13, 1–6.
- Mullen, P. (2006). Schizophrenia and violence: from correlations to preventive strategies. *Advances in Psychiatric Treatment*, 12, 239–248. <http://dx.doi.org/10.1192/apt.12.4.239>
- Munkner, R., Haastrup, S., Joergensen, T. y Kramp, P. (2003). The temporal relationship between schizophrenia and crime. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38, 347–353.
- Nestor, P. G., Haycock, J., Doiron, S., Kelly, J. y Kelly, D. (1995). Lethal Violence and Psychosis: A Clinical Profile. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 23, 331–341.
- Nielssen, O. (2015). Preventing violence in schizophrenia. *Evidence-based Psychiatric Care*, 1, 15–18.
- OMS (2001). CIF. Clasificación del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría General de Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales.(IMRSERSO).
- Retterstol, M. (1991). Course and outcome in paranoid disorders. *Psychopathology*, 24, 277–286. <http://dx.doi.org/10.1159/000284726>
- Roca, M., Cañas, F., Olivares, J. M., Giner, J. y Rodriguez, A. (2007). Adherencia al tratamiento en la esquizofrenia: Consejo Clínico Español. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35(Supl 1), 1–6. PMID: 17186455.
- Roder, V., Mueller, D. R., Mueser, K. T. y Brenner, H. D. (2006). Integrated psychological therapy (IPT) for schizophrenia: is it effective? *Schizophrenia Bulletin*, 3, 81–93. <http://dx.doi.org/10.1093/schbul/sbl021>
- Ruiz-Iriondo, M., Salaberría, K. y Echeburúa, E. (2013). Análisis y tratamiento de la esquizofrenia en función de los estadios clínicos. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 41, 52–59.
- Sartorius, N., Gaebel, W., Cleveland, H. R., Stuart, H., Akiyama, T., Arboleda-Flórez, J., ... Tasman, A. (2010). WPA guidance on how to combat stigmatization of psychiatry and psychiatrists. *World Psychiatry*, 9, 131–134.
- Silverstein, S. M., Del Pozzo, J., Roché, M., Boyle, D. y Miskimen, T. (2015). Schizophrenia and violence: realities and recommendations. *Crime Psychology Review*, 1, 21–42. <http://dx.doi.org/10.1080/23744006.2015.1033154>
- Steadman, H., Silver, E., Monahan, J., Appelbaum, P., Robbins, P., Mulvey, E., ... Banks, S. (2000). A classification tree approach to the development of actuarial violence risk assessment 35 young. *Law and Human Behavior*, 24, 83–100. <http://dx.doi.org/10.1023/A:1005478820425>
- Stuart, H. (2003). Violence and mental illness: An overview. *World Psychiatry*, 2, 121–124. PMID: 16946914.
- Swanson, J., Borum, R., Swartz, M. y Aldigé-Hiday, V. (1999). Violent behaviour preceding hospitalization among persons with severe mental illness. *Law and Human Behavior*, 23, 185–204. <http://dx.doi.org/10.1023/A:1022320918171>
- Swanson, J. W., Swartz, M. S., Van Dorn, R. A., Elbogen, E. B., Wagner, H. R., Rosenheck, R. A., ... Lieberman, J. A. (2006). A national study of violent behavior in persons with schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 63, 490–499. <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.63.5.490>
- Swartz, M. S., Hiday, V. A., Borum, R., Wagner, R. y Burns, B. J. (1998). Taking the wrong drugs: the role of substance abuse and medication noncompliance in violence among severely mentally ill individuals. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33(Suppl 1), 75–80. <http://dx.doi.org/10.1007/s001270050213>
- Tajima, K., Fernández, H., López-Ibor, J., Carrasco, J. y Díaz-Marsá, M. (2009). Tratamiento para la esquizofrenia. Revisión crítica sobre la farmacología y mecanismos de acción de los antipsicóticos. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 37, 330–342. PMID: 20066585.
- Tardiff, K. y Sweilam, A. (1982). Assaultive behavior among chronic inpatients. *American Journal of Psychiatry*, 139, 212–215. <http://dx.doi.org/10.1176/ajp.139.2.212>
- Tiihonen, J., Isohanni, M., Rasanen, P. y Koironen, M. (1997). Specific Major Mental Disorders and Criminality: A 26Year Prospective Study of the 1966 Northern Finland Birth Cohort. *American Journal of Psychiatry*, 154, 840–845. <http://dx.doi.org/10.1176/ajp.154.6.840>
- Vallina, O. y Lemos, S. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces en la esquizofrenia. *Psicothema*, 13, 345–364.
- Vicens, E., Tort, V., Dueñas, R. M., Muro, A., Pérez-Arnau, F., Arroyo, J. M., ... Sardá, P. (2011). The prevalence of mental disorders in Spanish prisons. *Criminal Behavior and Mental Health*, 21, 321–332. <http://dx.doi.org/10.1002/cbm.815>
- Vicente, N., Díaz, H. y Ochoa, E. (2001). Consumo de sustancias en pacientes con esquizofrenia. *Psiquiatría.com*, 5. Recuperado de <http://www.psiquiatría.com/revistas/index.php/Psiquiatríacom/article/viewFile/412/394/>.
- Volavka, J. (2002). *Neurobiology of Violence*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Walker, J. I. y Brodie, H. K. (1989). Trastornos Paranoides. En H. I. Kaplan H. I. y B. Sadock B., *Tratado de Psiquiatría* (vol. 2). Barcelona: Salvat.
- Wallace, C., Mullen, P. E. y Burgess, P. (2004). Criminal offending in schizophrenia over a 25-year period marked by deinstitutionalization and increasing prevalence of comorbid substance use disorders. *American Journal of Psychiatry*, 161, 716–727. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.161.4.716>
- Wessely, S. C., Castle, D., Douglas, A. J. y Taylor, P. J. (1994). The criminal careers of incident cases of schizophrenia. *Psychological Medicine*, 24, 483–502. <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291700027458>
- World Psychiatric Association (1998). Open the Doors. WPA Global Programme to Reduce Stigma and Discrimination because of Schizophrenia (vol. 1). Guidelines for Programme Implementation.
- Yung, A. R., McGorry, P. D., McFarlane, C. A., Jackson, H. J., Patton, G. C. y Rakkar, A. (1996). Monitoring and care of 35 young people at incipient risk of psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 22, 283–303. <http://dx.doi.org/10.1093/schbul/22.2.283>