

ESTADO CLÍNICO Y TRATAMIENTO PENITENCIARIO EN PENADOS EN TERCER GRADO POR VIOLENCIA DE GÉNERO

Francisca Fariña, Ramón Arce*, Mercedes Novo*

Dpto AIPSE. Universidad de Vigo. *Dpto de Psicología Social, Básica y Metodología. Universidad de Santiago de Compostela.

Introducción

Con la entrada en vigor de la *Ley Orgánica 1/2004, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género*, en la Comunidad Autónoma Gallega se puso en marcha el Programa Galicia de Reeducación de Maltratadores de Género (Arce y Fariña, 2007). En el título preliminar de la Ley se señala que uno de sus objetivos es “prevenir, sancionar y erradicar esta violencia”. En lo tocante a la sanción, la acción puramente penal consiste en agravar la sanción cuando se produzcan lesiones físicas o psíquicas y la tipificación como delitos de las coacciones y amenazas leves (Título IV). Para su erradicación se impulsan reformas procesales dirigidas a agilizar los procesos, la creación de Juzgados de Violencia sobre la Mujer, las medidas de protección de la víctima, y la creación de la Fiscalía contra la Violencia sobre la Mujer. La prevención se implementa en tres ámbitos: educativo, publicitario y medios de comunicación, y sanitario. Complementariamente, se prevén medidas para la prevención de recaídas en el comportamiento violento contra la mujer. No en vano, la probabilidad de recaída es muy elevada (Redondo, Sánchez-Meca y Garrido, 2001). Sin embargo, para llegar a una sentencia condenatoria se han de reunir tres condiciones: la culpabilidad, la responsabilidad y la imputabilidad. La culpabilidad sería la reprobación de una acción que va en contra de la ley (en nuestro caso, la L.O. 1/2004). Para la emisión de un juicio de culpabilidad, además de probarse los hechos y la autoría, se requiere de la responsabilidad criminal y de la imputabilidad. La responsabilidad criminal es la obligación de satisfacer o reparar el daño causado. Por su parte, la imputabilidad es la aptitud de una persona para responder de los actos que lleva a cabo. Dicha aptitud implica la capacidad de comprender lo injusto de un hecho (inteligencia), a la vez que la capacidad de dirigir libremente su conducta (voluntad) (Cabrera y Fuertes, 1997). En esta línea, diferentes sentencias del Tribunal Supremo han delimitado que la imputabilidad se operativiza a través de las capacidades cognitivas o volitivas, habiendo de encontrarse anuladas, en el momento de los hechos (actus rea), una o ambas para que el individuo sea considerado no imputable (p.e., Sentencia del TS de 22 de abril de 1982, RA 2104). Dos son los grados en que la imputabilidad puede modificar la responsabilidad, eximiéndola o atenuándola. Así, si tales capacidades se encuentran totalmente anuladas dan lugar a una exención de la responsabilidad, en tanto que si tales facultades se encuentran parcialmente alteradas procede la estimación de un atenuante con lo que se aplica la pena en el grado mínimo (Código Penal, 1995, art. 61). Una vez emitida una sentencia de culpabilidad por violencia sobre la mujer, el penado pasa a Instituciones Penitenciarias para el cumplimiento de la condena. De acuerdo con la *Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria, Instituciones Penitenciarias*, una vez recepcionado el penado, procede a su clasificación, destinándose al establecimiento cuyo régimen sea más adecuado al tratamiento que se le haya señalado (art. 63). Si la pena es inferior a 2 años y el penado carece de antecedentes penales, las penas privativas de libertad se pueden sustituir (Art. 88.1 C.P y Art. 35 L.O. 1/2004) por trabajos en beneficio de la comunidad y, adicionalmente, se le impondrá la asistencia a programas específicos de reeducación y tratamiento psicológico. El tratamiento (Art. 62. de la L.O. 1/1979) se ha de inspirar en los siguientes principios:

- a) Estará basado en el estudio científico de la constitución, el temperamento, el carácter, las aptitudes y las actitudes del sujeto a tratar, así como de su sistema dinámico-motivacional y del aspecto evolutivo de su personalidad, conducente a un enjuiciamiento global de la misma, que se recogerá en el protocolo del interno.

- b) Guardará relación directa con un diagnóstico de personalidad criminal y con un juicio pronóstico inicial, que serán emitidos tomando como base una consideración ponderada del enjuiciamiento global a que se refiere el apartado anterior, así como el resumen de su actividad delictiva y de todos los datos ambientales, ya sean individuales, familiares o sociales, del sujeto.
- c) Será individualizado, consistiendo en la variable utilización de métodos médico-biológicos, psiquiátricos, psicológicos, pedagógicos y sociales, en relación a la personalidad del interno.
- d) En general, será complejo, exigiendo la integración de varios de los métodos citados en una dirección de conjunto y en el marco del régimen adecuado.
- e) Será programado, fijándose el plan general que deberá seguirse en su ejecución, la intensidad mayor o menor en la aplicación de cada método de tratamiento y la distribución de los quehaceres concretos integrantes del mismo entre los diversos especialistas y educadores.
- f) Será de carácter continuo y dinámico, dependiente de las incidencias en la evolución de la personalidad del interno durante el cumplimiento de la condena.

Todo ello obliga a que se ejecute, previamente al inicio del tratamiento en sí, una evaluación psicológica (personalidad en la Ley) para ajustar el tratamiento al penado. A su vez, pueden concurrir circunstancias en el penado que medien o anulen la eficacia del tratamiento penitenciario. En el *Programa Galicia de Reeducción de Maltratadores*, al margen de las aptitudes (v. gr., estudio de la capacidad de razonamiento, aprendizaje, funciones neuropsicológicas, habilidades sociales, estrategias de afrontamiento, control de impulsos), los factores protectores y de riesgo de violencia, las creencias y actitudes sexistas, se estudia el estado clínico, comportamientos adictivos, la adherencia al tratamiento, ya que pueden amortiguar sino anular la reeducación y tratamiento psicológico del maltratador. Para este propósito no es válida la evaluación psicológica tradicional, pues en un contexto de evaluación relacionada con el ámbito judicial y penitenciario (p. e., evitación de condenas), de acuerdo con la American Psychiatric Association (2002), se ha de sospechar simulación.

En suma, la reeducación y tratamiento psicológico precisan de una evaluación del estado para identificar interferencias de éste en el tratamiento, ajustarlo al penado y establecer la evolución del mismo en el tratamiento. A su vez, pueden haberse modificado de un modo sobrevenido las circunstancias modificativas de la responsabilidad del penado. Pero accesoriamente al estudio de la simulación, para evitar el cumplimiento de la condena, el penado puede adoptar como estrategia el ocultamiento de circunstancias que impliquen un tratamiento más profundo y complementario al propiamente de género. Así, de hallarse daño psíquico relevante, alcoholismo o cualquier tipo de adicción o ludopatía, éstos pueden precisar de un tratamiento específico previo o contiguo al propiamente penitenciario. Por ello, el penado puede intentar ocultar estas patologías. En consecuencia, no sólo procede el estudio de una potencial simulación, sino también de la disimulación, esto es, ocultamiento o negación de daño con ramificaciones en el tratamiento penitenciario. Por todo ello, nos planteamos un estudio de campo con el que identificar el estado clínico de los penados por violencia de género, y contrastar las posibles estrategias de manipulación de las respuestas, que intenten los penados en la evaluación penitenciaria, dirigido a clasificar al penado, prescribirle y programarle un tratamiento individualizado.

Método

Participantes.

Los sujetos de la muestra eran 100 penados por violencia de género, acorde a la Ley 1/2004. Todos ellos eran primarios y estaban en sustitución de la pena dentro del "Programa Galicia de Reeducción de Maltratadores de Género".

Instrumento de medida.

Como instrumento de medida en la tarea de reconocimiento utilizamos el MMPI-2 barmado para España por TEA (Hathaway y McKinley, 1999). Dados nuestros propósitos de medida clínica tomamos las diez escalas clínicas básicas. La primera de ellas, es la hipocondría (Hs), que hace referencia al estado físico general, digestión, apetito, vista y sensibilidad, valorando el grado de preocupación que tiene el sujeto por sus funciones corporales y que permite diferenciar a los neuróticos hipocondríacos de otros grupos de trastornos mentales o de los sujetos normales. La segunda, depresión (D) evalúa la apatía, pérdida de interés, negación de experiencias agradables y escasa capacidad para el trabajo, consistiendo su finalidad en diagnosticar cuadros depresivos. La tercera, la histeria de conversión (Hy) fue elaborada para diferenciar histéricos de conversión de personas normales. Sus ítem aluden a quejas sobre problemas orgánicos (musculares, gastrointestinales o cardíacos), sensaciones de tensión, angustia o miedo. La cuarta, la desviación psicopática (Pd), mide psicopatía o personalidad asocial y los ítem se refieren a inadaptación familiar y escolar, conflictos con la autoridad, negación de las convenciones sociales y pobreza en el juicio de valores. La quinta, masculinidad-feminidad (Mf), es una escala que cubre un rango de reacciones emocionales, intereses, actitudes y sentimientos sobre el trabajo, relaciones sociales y aficiones en los que generalmente varones y mujeres difieren. La sexta, paranoia (Pa), la componen ítem que comprenden ideas delirantes, fragilidad psicológica o sensibilidad acentuada. La séptima, la psicastenia (Pt); es una escala que permite diagnosticar el trastorno obsesivo-compulsivo, compuesta por ítem referidos a la ansiedad, baja autoestima, dudas acerca de su propia capacidad, sensibilidad elevada y dificultad para tomar decisiones. La octava, la esquizofrenia (Sc), evalúa este trastorno. Los ítems se refieren a distorsiones o peculiaridades de la percepción, sensaciones de persecución, sentimientos de enajenación interpersonal, relaciones familiares pobres, falta de interés por la vida sexual, dificultad de concentración y escaso control de los impulsos. La novena, la hipomanía (Ma), hace referencia a un estado maniaco moderado, ya que un estado maniaco grave seguramente haría imposible la aplicación de cualquier prueba al sujeto que lo padeciera. Los ítems de esta escala aluden a ideas de grandeza, excitación, elevada actividad, relaciones familiares y conyugales y a algunos síntomas físicos. La décima, la escala de introversión social (Si), se refiere a la tendencia de los sujetos a aislarse de los demás y no participar en las actividades sociales. Además, acorde con nuestros objetivos, tomamos la escala suplementaria de Escala Revisada de Alcoholismo de MacAndrew (MAC-R), la escala de contenido Indicadores Negativos de Tratamiento (TRT) y las escalas adicionales de Potencial de Adicción (APS) y de Reconocimiento de Adicción (AAS). Para el control de la validez de los protocolos recurrimos a las cuatro escalas de validez: la escala de interrogantes, la Escala K, la Escala F y la Escala L. La puntuación interrogante, que es la suma del número de ítem dejados en blanco o respondidos a la vez como verdadero y falso, puede interpretarse como un indicador de simulación por falta de cooperación con la evaluación. La Escala K o factor de corrección se utiliza como escala de corrección para aumentar el poder discriminativo de algunas escalas clínicas del cuestionario y permite valorar la actitud del sujeto frente a la situación de examen. En concreto, una puntuación elevada es propia, entre otras hipótesis, de “fingir buena imagen” en tanto una puntuación baja lo es de “fingir hacerse el enfermo”. La Escala L (Mentira) se orienta a una evaluación del grado en que el sujeto intenta falsificar sus respuestas, seleccionando aquellas que lo sitúan en la posición social más favorable (disimulación). La Escala F (Incoherencia), se relaciona con contenidos insólitos y extravagantes, experiencias raras, dificultad de concentración, temas religiosos, reacciones impulsivas o paranoides, trastornos somáticos o del sueño, esto es, características difícilmente aceptables por personas atentas, del tal modo que puntuaciones elevadas advierten de una posible simulación. Además de los indicadores originales de validez del protocolo, tomamos, a fin de contrastar su efectividad y complementariedad con los originales, los indicadores adicionales de validez, la Escala Fb (F posterior), la Escala TRIN y la Escala VRIN. La Escala Fb tiene como objeto identificar un registro en el que el sujeto ha dejado de prestar atención o presenta un patrón de respuestas azaroso. Las escalas TRIN y VRIN miden la inconsistencia de las respuestas verdadero y respuestas variables, respectivamente. Dado que las escalas F ori-

ginal y Fb evalúan la infrecuencia en las repuestas es de esperar que el estilo de respuesta sea consistente en ambas escalas. Por lo que la diferencia en valores absolutos entre ambas escalas es un indicador de inconsistencia en las respuestas (Greene, 1997). Para el cotejo de la disimulación, tomamos otras escalas complementarias que incluye el MMPI-2 para el estudio de la disimulación: la Escala S (Superlativa), que informa de personas que se presentan a sí mismas de un modo superlativo; la Escala Odecp (Simulación Positiva), que mide defensividad siendo totalmente insensible a la simulación; y la Escala Wsd (Deseabilidad Social de Wiggins), que discrimina entre personas que responden de un modo socialmente deseable, de aquellos que lo hacen honestamente. Una última estrategia a considerar que se relaciona con la disimulación es la negación sistemática de sintomatología. Para dar entrada al análisis de esta estrategia computamos el porcentaje de falsos, esto es, de la negación de sintomatología. Por último, a partir de los resultados obtenidos de las escalas de validez del MMPI-2, calculamos los índices que se han mostrado efectivos en la detección de la (di)simulación de trastornos (Duckworth y Anderson, 1995): el índice F-K, el perfil en V y el perfil en "V invertida". El índice F-K, también conocido como "índice de Gough", se ha observado que es un indicador robusto de los intentos de proporcionar una mala imagen en tanto el perfil en "V invertida" advierte de la exageración de síntomas (Nicholson et al., 1997).

Procedimiento.

Los penados fueron evaluados en el marco de la evaluación pre-intervención del *Programa Galicia de Reeducación de Maltratadores de Género* mediante el MMPI-2 para obtener una impresión diagnóstica del estadio clínico. De acuerdo con una buena práctica forense en la que se ha de sospechar simulación, los pases fueron individuales y siempre en presencia del evaluador que leía las preguntas y velaba por la correcta comprensión de las mismas y porque no retrocediera en los formularios para comprobar respuestas anteriores.

Resultados

Estudio de la validez de los protocolos.

Dado que nos encontramos en un contexto de evaluación legal, es necesario proceder con un análisis de la validez de los protocolos. Si bien en el DSM-IV-TR se advierte de la hipótesis de la simulación en este contexto, no es menos importante observar también la hipótesis complementaria, esto es, la disimulación. No en vano, el sujeto en evaluación penitenciaria puede asumir que la evaluación ha de responder a la normalidad (respuestas bajo instrucciones estándar); respuestas orientadas a la simulación de daño psicológico incapacitante para obviar el tratamiento penitenciario; y respuestas de ocultación de daño (p.e., agresividad, adicciones, falta de control de impulsos), o sea, de disimulación, que puede tener su origen en la deseabilidad social o en ocultar daños que entienda que pudieran perjudicarlo en el tratamiento. En consecuencia, procedimos a analizar ambas hipótesis. Por lo que se refiere al contraste de cada indicador de validez del protocolo con el valor de prueba de simulación o disimulación (ver Tabla 1), éste informa persistentemente de validez de los protocolos con la salvedad de la Escala S (Superlativa) que se encuentra justo en la frontera de la disimulación. En suma, los protocolos son validados en general por las escalas e índices de validez del MMPI-2 de acuerdo con el protocolo de evaluación de la (di)simulación de Arce y Fariña (2007). En concreto, todos los indicadores de control de la simulación validan los protocolos, mientras que sólo la escala S advierte de disimulación (ver Tabla 1), pero por tratarse de un único indicador no es prueba suficiente de invalidez, de acuerdo con el protocolo de evaluación de Arce y Fariña. Por su parte, el estudio de casos puso de manifiesto que 11 protocolos eran inválidos por falta de consistencia en las respuestas (TRIN, VRIN, F-Fb). En lo que se refiere al estudio de la simulación (Escala ?, Escala F, Escala K, Índice de Gough y perfil en V invertida) se advierte de indicios de simulación en 4 protocolos (>2 criterios). Por último, la exploración de la hipótesis de la disimulación [la Escala K, la Escala L, *porcentaje de respuestas falso*, Índice de Gough, la Escala Superlativa (S), la Escala de Simulación Positiva (Other Deception) y

la Escala de Deseabilidad Social de Wiggins (WSD)] puso al descubierto que 16 penados aportaron unos protocolos no válidos por disimulación (≥ 4 criterios).

Tabla 1. Contraste del valor predictivo de las escalas e índices de control de la validez.

Escala	t	p	M	S _x	VP
Simulación					
Interrogantes	-42,05	,001	0,91	6,91	30
Escala F	-21,28	,001	50,39	9,21	70
Escala K (simulación)	3,03	,001	53,64	11,02	50
Índice Gough (simulación)	-17,93	,001	17,82	4,12	30
F posterior	-14,82	,001	52,58	11,75	70
Disimulación					
Escala L	-6,08	,001	61,42	12,61	70
Escala K (disimulación)	-14-84	,001	53,64	11,02	70
Escala S	-11,5	,001	27,27	9,34	38
Escala WSD	-1,12	,266	18,46	4,83	19
Escala Odecpc	-2,87	,005	17,82	4,12	19
Índice Gough (disimulación)	6,54	,001	-2,97	18,38	-15
Porcentaje de falsos	11,31	,001	58,81	9,89	70
Inconsistencia					
TRIN	-9,14	,001	10,29	4,06	14
VRIN	15,03	,001	7,36	4,42	14
F-Fb					14,59

G.L.(99); VP= valor de prueba.

Los resultados del contraste entre el valor de corte para establecer una tendencia media ($T < 46$ para las puntuaciones inferiores y $T > 54$ para las superiores, según el código Hathaway) (ver Tabla 2) muestran que los sujetos evaluados están en la región de absoluta normalidad clínica en todas las escalas, a excepción de la escala de Paranoia que entra en la región ($T 50-59$), que se caracteriza por la sensibilidad, suspicacia, resentimiento, irritabilidad y ausencia de control emocional (Graham, 2000).

Tabla 2. Prueba "t" para una muestra, significación unilateral. Valor de prueba = 70.

Variable	t	p	M	S _x
Hipocondría	-16,83	,001	51,98	10,71
Depresión	-13,56	,001	55,06	11,01
Histeria de conversión	-19,44	,001	50,29	10,14
Desviación psicopática	-17,16	,001	53,38	9,68
Masculinidad-Feminidad	-26,34	,001	46,67	8,86
Paranoia	-12,81	,001	54,77	11,89
Psicastenia	-22,06	,001	49,51	9,2
Esquizofrenia	-20,47	,001	50,25	9,65
Hipomanía	-21,46	,001	50,64	9,02
Introversión social	-19,86	,001	50,77	9,68

G.L.(99).

Cotejo de los casos clínicos en la población en evaluación normal y en evaluación penitenciaria.

El estudio de casos clínicos en las escalas clínicas básicas (consúltese la Tabla 3) puso de manifiesto que la prevalencia de impresión de patología ($T \geq 70$) es igual a la observada en la población normal en Hipocondría, Histeria de Conversión, Desviación Psicopática, Masculinidad-Feminidad, Psicastenia, Esquizofrenia, Hipomanía e Introversión Social. Sin embargo, la población penitenciaria informa de tasas superiores de *Depresión* (apatía, pérdida de interés, escasa confianza en su propia capacidad, sentimientos de inutilidad, inadecuación y angustia); y *Paranoia* (ideas de persecución, fragilidad psicológica y sensibilidad acentuada). Del total de casos clínicos informados, la tasa neta, es decir, controlados aquéllos que podrían estar (sobre)simulando daño psíquico, de casos con implicaciones directas en el tratamiento penitenciario, porque les incapacitaría para el mismo, es del 3%.

Tabla 3. Contraste de la prevalencia de casos clínicos entre población en evaluación judicial con población normal.

Escala	p_1	p_2	Z	p
Hipocondría	,06	,019	0,54	ns
Depresión	,1	,01	2,84	<,01
Histeria (somatización)	,056	,019	1,38	ns
Desviación psicopática	,05	,067	0,21	ns
Masculinidad-feminidad	,00	,019	0,44	ns
Paranoia	,13	,048	2,06	<,05
Psicastenia	,04	,038	0,03	ns
Esquizofrenia	,04	,048	,029	ns
Hipomanía	,04	,048	,5	ns
Introversión Social	,04	,029	0,17	ns

N=100. p_1 = Proporción de patología observada en la población en evaluación penitenciaria; p_2 = Proporción de patología observada en la población normal bajo la condición de respuestas estándar (N=100).

Tabla 4. Prueba "t" para una muestra, significación unilateral. Valor de prueba = 70.

Variable	t	p	M	S_x	
Indicadores de tratamiento	-15,99	,001	50,5	1,22	50
Alcoholismo	-16,39	,001	54,51	9,45	50-65
Potencial de adicción	-27,9	,001	42,17	9,97	50
Reconocimiento adicción	-15,69	,001	51,12	12,03	65

G.L.(99). Valor de prueba = 70.

Los penados no se muestran reacios al tratamiento tal y como se desprende de los indicadores negativos de tratamiento, esto es, los penados asumen la necesidad de un tratamiento. No obstante, el 13% presentan una reacción negativa al tratamiento, lo que dificulta éste en buena medida, porque se requiere de la implicación del penado para que el tratamiento penitenciario sea efectivo. Por otro lado, las adicciones suelen ser trastornos asociados al delito. En el caso de la violencia de género en condenados en tercer grado se informa de una tendencia al abuso, siendo la probabilidad de alcoholismo autoinformada del 9%. Pero el alcoholismo es sólo una de las posibles adicciones que pueden mediar el comportamiento delictivo contra las personas, al respecto el potencial de adicción reconocido se ajusta a la normalidad al igual que el reconocimiento de adicción. Aún así, el número de casos observados que reconocen adicción es del 8%, en tanto el potencial de adicción es del 4%.

Discusión

Los resultados de este estudio han de ser contextualizados para conocer de la posibilidad real de generalización de los mismos. En primer lugar, la generalización de los mismos a la población de agresores de género es muy arriesgada ya que están mediatizados por un efecto de contexto, el tercer grado penitenciario. En segundo lugar, los datos informados por los penados están sujetos a distorsiones (i.e, inconsistencia, simulación, disimulación) que han de tomarse en consideración al ser interpretados.

Con estas limitaciones en mente, de los anteriores resultados se extraen las siguientes conclusiones:

- a. La mayoría de los penados gozan, en general, de salubridad mental. No cabe, por tanto, un tratamiento clínico para los penados por violencia de género ni considerar la violencia de género como una enfermedad o fruto de una enfermedad.
- b. Los casos clínicos que precisarían, de confirmar el equipo técnico la impresión diagnóstica obtenida del MMPI-2, de tratamiento clínico contiguo o alternativo al tratamiento penitenciario se reduciría al 3%.
- c. Los penados comparten un estado clínico, en contraste con la población normal, caracterizado por depresión y paranoia. Este estado clínico informado por los penados por violencia de género supone parte del conocido *síndrome funcional de separación* (Slugga, 1977), que se caracteriza por cambios graduales en la conducta y que no ha de confundirse con un daño generado por la mala praxis asociada a la estancia en prisión. La aparición y duración de éste dependerá del tiempo de la pena y de ciertos factores personales e institucionales. En todo caso, estas disfunciones son reversibles y generalmente de recuperación espontánea.
- d. El 11% de los penados aportan protocolos carentes de validez por falta de consistencia en las respuestas. En estos casos el equipo técnico, para la clasificación del penado, habrá de formarse una impresión diagnóstica a través del estudio de los antecedentes y de la observación y registro conductual.
- e. La hipótesis de la simulación sólo se sospecha en el 4% de los protocolos. Pero si el equipo técnico no advierte que el penado está simulando daño psíquico, clasificará erróneamente al mismo como enfermo psíquico que requiere de tratamiento psicológico o psiquiátrico contiguo, si el daño psíquico no anula la eficacia del tratamiento penitenciario, o alternativo, si el daño psíquico anula las capacidades cognitivas o volitivas del penado.
- f. La hipótesis de la disimulación, es decir, que el penado haya ocultado sintomatología clínica se verificó en el 16% de las evaluaciones. Si el equipo técnico no repara en que el penado ha disimulado patología clínica, ésta puede interferir en el tratamiento.

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Arce, R. y Fariña, F. (2007). Intervención psicosocial con maltratadores de género. En J. M. Sabucedo y J. Sanmartín. *Los escenarios de la violencia* (pp. 29-43). Barcelona: Ariel.
- Cabrera, J. y Fuertes, J. C. (1997). *Psiquiatría y derecho: Dos ciencias obligadas a entenderse*. Madrid: Cauce Editorial.
- Duckworth, J. C. y Anderson, W. P. (1995). *MMPI and MMPI-2: Interpretation manual for counselors and clinicians*. Bristol: Accelerated Development.
- Graham, J. (2000). *Assessing Personality and Psychopathology*. Nueva York: Oxford University Press.

- Greene, R. L. (1997). Assessment of malingering and defensiveness by multiscale inventories. En R. Rogers (Ed.). *Clinical assessment of malingering and deception* (pp. 169-207). Nueva York: Guilford Press.
- Hathaway, S. R. y McKinley, J. C. (1999). *Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2. Manual*. Madrid: TEA Ediciones.
- Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. BOE nº 313.
- Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria, BOE nº 239.
- Nicholson, R. A., Mouton, G. J., Bagby, R. M., Buis, T., Peterson, S. A. y Buigas, R. A. (1997). Utility of MMPI-2 indicators of response distortion: receiver operating characteristics analysis. *Psychological Assessment*, 9, 471-479.
- Redondo, S., Sánchez-Meca, J y Garrido, V. (2001). Treatment of offenders and recidivism: Assessment of the effectiveness of programmes applied in Europe. *Psychology in Spain*, 5(1), 47-62.