

Capítulo 21

La metodología en el estudio psiquiátrico de los homicidios

S. Delgado, F. Rodríguez-Pulido y J. L. González de Rivera

INTRODUCCIÓN

Son muy variados los factores que hacen de las conductas homicidas un tema objeto de investigación epidemiológica.

A medida que las sociedades, en sentido genérico, van progresando, perciben que ciertos temas no se corresponden exactamente con los criterios o con las tendencias que tradicionalmente los sustentaban; esto es así por multitud de factores, entre los que cabe destacar el mayor o menor abandono sufrido por un determinado campo de investigación, el arraigo de ciertas ideas, la ausencia de una investigación rigurosa o la falta de contacto entre ramas de un mismo tronco científico, etc.

Escribir sobre el homicidio es difícil. El tema es repelente y va contra nuestros propios instintos de conservación. Sin embargo, junto a una viva repulsión, despierta peculiares fuerzas de atracción que no se explican totalmente calificándolas de morbosas o insanas (1). A pesar de nuestra resistencia a admitirlo, el homicidio es parte de nuestra humanidad y tiene su raíz en emociones humanas. Es este aspecto frágil y cruel de nuestra conducta el que hace a muchos de nosotros más capaces de matar de lo que imaginamos (2).

En suma, como señala Abrahamsen, si aceptamos como verdadera la sentencia de Pope: «El estudio de la humanidad es el hombre», al estudio del homicidio hemos de concederle alta prioridad.

EL HOMICIDIO: UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

Desde la década de los años 50, con los ya clásicos trabajos de Gibbens (3), son muchas las investigaciones realizadas en este campo con múltiples y diferentes enfoques.

El acto homicida incluye multitud de factores, de los cuales una buena parte es de índole social (estrés, alcoholismo, violencia familiar, maltrato infantil, etc.), por lo que parece llegado el momento de ir relegando a un segundo plano las tradicionales hipótesis sobre la criminalidad, para así asumir la realidad del problema e ir tomando conciencia de que se trata de una cuestión que toca de lleno a la salud pública.

En este mismo sentido, en 1988 parece pronunciarse la OMS, cuando en el último Anuario de Estadísticas Sanitarias Mundiales y dentro de la Sección D, Causas de Muerte, incluye (de forma innovadora) el homicidio como una más de ellas (concretamente en sus códigos E55 y E56), dándole un tratamiento estadístico al mismo nivel que las demás (4). El hecho de que el citado organismo incluya el homicidio como una de las causas de muerte nos da buena cuenta de las proporciones del problema.

Ya en 1975 Vigderhous (5) calculaba, en su famoso trabajo sobre homicidio, suicidio y expectativa de vida, que la prevención del homicidio sumaría 0,5 años a nuestra expectativa de vida. Muchos homicidios pueden ser prevenidos a través de medidas de salud pública, las cuales requieren educación y una legislación eficaz (6).

Otros autores hablan sobre ciertos factores de riesgo de violencia homicida (7) e, incluso, J. Coid introduce, en su estudio sobre la epidemiología del homicidio anormal, una discusión sobre el tema, al enunciar las denominadas leyes epidemiológicas y criticar las previamente existentes de Verkko, añadiendo incluso que el homicidio ha de ser reconceptualizado en términos epidemiológicos (8).

A partir de la fecha en que J. Coid publicó su trabajo, comenzaron a generalizarse estudios de este tipo, amplias investigaciones sobre variables de población, económicas, etc., entre las que merecen destacarse el estudio epidemiológico de muertes violentas, cambios de población y del potencial predictivo (9) y sobre las relaciones entre muertes violentas en población de edad en comparación con el de Holinger (10).

El homicidio y el suicidio, señala Holinger, constituyen la cuarta causa de muerte en Estados Unidos, después de las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y los accidentes. Uno de los aspectos más importantes del homicidio y del suicidio es su predictibilidad. Es precisamente este aspecto, su predictibilidad, lo que hace del homicidio un problema a estudiar de forma rigurosa.

Basándonos en todo ello, pensamos que es el estudio de los factores individuales, familiares, socioeconómicos, etc., lo que nos ayudará, mediante el método epidemiológico, a establecer unas características determinadas y/o unos factores de riesgo en relación con el fenómeno que estudiamos: el homicidio.

En suma, se trata del estudio de los factores epidemiológicos, entendido en el sentido de que «la epidemiología es una disciplina fundamentada en la ecología, en la estadística y en el método científico de análisis (hipotético-deductivo), cuyo objeto básico es el estudio descriptivo (epide-

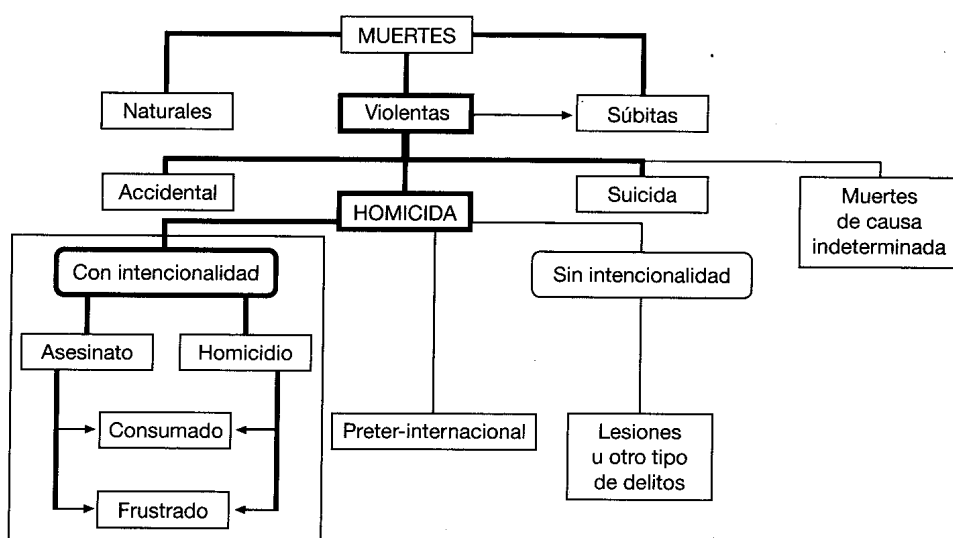


Fig. 21-1. Muertes violentas.

miología descriptiva) y analítico (epidemiología analítica) de la salud/enfermedad como fenómenos no sólo biológicoecológico, sino también como fenómenos sociales, económicos y políticos» (11).

ESTUDIOS SOBRE EL HOMICIDIO

Los estudios sobre el homicidio están por lo general incluidos dentro de los dos siguientes esquemas de investigación: o bien consisten en el análisis estadístico de un amplio número de Casos o, por el contrario, se trata de detalladas observaciones psiquiátricas de un reducido número de homicidas (3). Desde los trabajos de Wolfgang (12) en 1975 y de Gibbens (13) en 1983, la literatura sobre el tema ha sido profusa, dedicándose todos los esfuerzos a analizar diferentes factores relacionados tanto con la problemática del homicida sano como con la del homicida enfermo mental (14-17).

No obstante, pocos estudios presentan una metodología comparable, y resulta sorprendente el escaso número de publicaciones con datos rigurosamente tratados de acuerdo con las reglas de una metodología científica (8).

Esta realidad, puesta de relieve por Coid hace años, tiene su base en las especiales dificultades que plantea la metodología de la investigación psiquiátrica en los homicidios, dificultades que comienzan al tratar de encuadrar el propio término homicidio dentro del grupo de las muertes violentas (fig. 21-1) e, inclusive, al intentar definirlo, etc.

Por ello nos centraremos en la metodología de la investigación de los homicidios, tratando de dar respuesta, en la medida en que nos sea posible, a los problemas que se plantean en este tipo de estudios.

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Del análisis etimológico del propio concepto método se desprende su significado: «camino hacia algo»; «persecución», etc., lo que, traducido en forma de definición, sería: «El camino a seguir mediante una serie de operaciones, reglas y procedimientos fijados de antemano de manera voluntaria y reflexiva, para alcanzar un determinado fin, que puede ser material o conceptual» (18).

Desde luego, no podemos caer en el error de pensar que para cada fin exista un solo método, aunque sí podemos estar seguros de que una metodología de investigación concreta entre todas será la más adecuada para el fin propuesto.

Será la más adecuada de entre todas, en tanto y en cuanto partimos de la idea de que ningún método es exhaustivo o infalible, ni lleva por sí mismo al conocimiento, pero ayuda a una mejor utilización de los medios para obtenerlo (19).

Concepto

En la investigación psiquiátrica del fenómeno homicida se plantean inicialmente una serie de problemas de concepto, es decir, la investigación del homicidio aúna criterios y conceptos jurídicos y médicos. Tanto es así que, si partimos de la base de que lo primero que hay que hacer es definir el objeto o el concepto que se va a investigar, tendremos que admitir que la investigación psiquiátrica de los homicidios parte de presupuestos conceptuales completamente jurídico-penales (y, por ello, como señala Holinger), «debemos ser muy cautos al perfilar las conclusiones de un estudio que interpreta datos de una disciplina sobre la base de modelos de otra» (10). Así, entendemos claramente el término homicidio (no hablaremos de asesinato, dados su contenido peyorativo en el sentido de Von Hentig y su peso jurídico específico), para referirse al acto violento en el cual, según el criterio del tribunal sentenciador, existía la intencionalidad de producir

la muerte a otra u otras personas, situando en un plano secundario el resultado que de hecho se obtuviera, es decir, si el acto homicida fue consumado o frustrado. El Código Penal vigente nos lo define en su artículo 407 (20).

La intencionalidad será el factor determinante de la muestra a estudiar, tanto si se trata de agresores homicidas como si lo que se pretende es estudiar a las víctimas, dado que, como es fácil advertir, habrá víctimas de homicidio en tanto y en cuanto exista un delito de homicidio, el cual, a su vez, estará en función de que el tribunal aprecie intencionalidad de matar en el agresor. Tal apreciación es, desde luego, bastante subjetiva y habría que acudir a los comentarios de los penalistas para su estudio. No obstante, determinados factores, como los medios utilizados para llevar a cabo la agresión, la intensidad del ataque, la región corporal donde se infligieron las heridas, etc. (21), contribuyen junto con otras circunstancias, a formar un concepto acabado sobre la apreciación de la intencionalidad del agresor.

Factores de sesgo

Sin olvidar el sesgo debido al observador y el producido por variables no controladas, son muchos, y en ocasiones muy complejos, los factores que actúan sesgando la muestra e incluso influyendo sobre la sentencia (22). Asimismo, factores de índole cultural (23) o derivados de las propias limitaciones debidas al procedimiento legal hacen que un número indeterminado de agresores que no fueron condenados por homicidio (no se apreció la intencionalidad), si fueran estudiados, cumplirían los criterios de inclusión en tal estudio (7). Por otro lado, no podemos olvidar el factor de provocación por parte de algunas víctimas (2, 12, 24), que puede llegar en algunos casos a invertir el papel que desempeña la intencionalidad (25).

Definido el parámetro de referencia fundamental, a continuación debemos ir a las fuentes de datos disponibles en cada caso para, de acuerdo con unos criterios preestablecidos, recogerlos y pasar así al estudio de los resultados obtenidos, mediante el análisis estadístico de los datos, y su discusión detallada. Se plantean entonces las conclusiones a las que ha llegado y se efectúa un análisis comparativo en relación con estudios practicados en otras muestras de población.

El planteamiento metodológico dependerá del estudio que se desee llevar a cabo. Por tanto, el esquema metodológico de la investigación psiquiátrica de los homicidios se esbozará dentro de los estudios epidemiológicos descriptivos (que pretenden describir el fenómeno y, si es posible, inferir alguna teoría que debe ser corroborada por los estudios analíticos) y, sobre todo, retrospectivos, dejando (dado el espacio) los prospectivos para futuras publicaciones, se señalarán las dificultades encontradas centrándose especialmente en su resolución. Para ello y con fines de esquematización, plantearemos el estudio en tres esquemas correlativos, referidos al supuesto de que se efectuara en la provincia de Santa Cruz de Tenerife.

Estudios retrospectivos

Muy acertadamente a propósito de los suicidios en las islas Canarias: «El registro oficial (INE) de la mortalidad por suicidio no permite obtener información fiable dado que tiene graves deficiencias cuantitativas» (26). El número de suicidios consumados registrados por el INE es el 50 % de los registrados por nosotros (27). Estas graves deficiencias se deben a múltiples causas derivadas tanto de su propia naturaleza como de la metodología seguida para su certificación como causa de muerte (28).

Este grave problema denunciado tiene también repercusión en las investigaciones sobre la incidencia de homicidios, entre otras por las mismas razones expuestas por el autor, aunque con menor intensidad dado que el homicidio, como criminalidad grave, es controlada con mayor esmero. En otras palabras, y en relación con otro importante factor: la estadística criminal recoge de forma correcta (en Alemania) la criminalidad calificada de más grave. La cifra negra es mayor para los delitos leves que para los graves (29). La cifra negra para el delito de homicidio (inclu-

yendo todas sus formas con excepción del infanticidio que, aunque también tiene una cifra negra pequeña, es superior a la del homicidio) es muy pequeña (30).

Dificultades

En el registro de los datos

1. Ausencia de mentalidad de investigación en la administración.
2. Saturación de trabajo en los juzgados.
3. Escasez de funcionarios.
4. Falta de medios materiales.
5. Escaso contacto INE/registro civil.
6. Escaso control de las certificaciones de muerte.

En los informes forenses

1. Prolongación de la remisión de las pruebas médico-forenses.
2. Informes de avance de autopsia que no se refieren a la etiología, sino a la causa de la muerte.
3. Informe de autopsia definitivo generalmente.
4. Dificultad en el diagnóstico diferencial: homicidio/suicidio/accidente.
5. Suicidio ampliado frente a homicidio seguido de suicidio.
6. Suicidio doble frente a homicidio seguido de suicidio.

En los sumarios

1. Sumarios de homicidios registrados/incoados por otros delitos.
2. Sumarios de homicidios sentenciados por otros delitos.
3. Sumarios de otros delitos sentenciados por homicidio.
4. Sumarios de homicidios registrados con la fecha en que son incoados y no con la fecha de los hechos.

Fuentes de datos

Los datos se obtendrán de las siguientes fuentes:

Documentales

Se estudiarán uno por uno todos los *sumarios** por homicidio que consten en el Archivo de la Audiencia Provincial de Santa Cruz de Tenerife (para lo cual habrá que cursar la correspondiente solicitud) así como los archivos de los juzgados de primera instancia e instrucción de la provincia (cuando corresponda, por encontrarse allí archivados los sumarios).

En un segundo paso (que se detallará en la metodología) se estudiarán todas las *historias clínicas* que obren en los archivos de las dos instituciones públicas de la provincia con asistencia psiquiátrica: Hospital Universitario de Canarias y Hospital Psiquiátrico de Santa Cruz de Tenerife, para lo cual habrá que cursar las consiguientes solicitudes.

Además se estudiará el archivo del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Carabanchel en Madrid, por cuanto buena parte de los agresores enfermos mentales fueron en su día trasladados a ese centro (de acuerdo con los artículos 8.º y 9.º del Código Penal) (20).

* Es importante destacar que la mayoría de las publicaciones sobre el tema están fundamentadas en las estadísticas policiales. Es conocido el hecho de que las cifras policiales son siempre inferiores a las judiciales.

Personales

Se obtendrá información mediante una *entrevista personal* con todos y cada uno de los agresores, en la medida en que esto sea posible, tanto en la Prisión Provincial de Tenerife, como en aquellas donde estuvieran cumpliendo condena, como Cáceres, Puerto de Santa María, Cartagena, etc., para lo cual habrá que cursar las correspondientes solicitudes.

Método

Hoja de datos

Se efectuará una elaboración detallada de la *hoja de datos* común para todos los sujetos de la muestra.

Primera fase

Sumarios (fig. 21-2). La metodología que hay que seguir, una vez perfilada la hoja de datos, será la siguiente. Comenzaremos por el estudio de todos los libros de sumarios correspondientes al período de nuestra investigación que obren en la Audiencia Provincial. Una vez concluida esta fase, se estudiarán y confrontarán los datos obtenidos con los libros de sentencias (téngase en cuenta que las fechas en los libros de sumarios corresponden a la fecha de registro en la audiencia). También habrá que tener presente que muchas veces algunas personas son procesadas por un delito diferente (violación, tráfico de drogas, salud pública, etc.) pero condenadas por homicidio, y a la inversa.

Dado que en ciertas ocasiones tales sentencias no fueron dictadas (por varios motivos): agresor desconocido, sumarios devueltos, no concluidos, etc.), se estudiarán los libros de sumarios que deben existir en todos los juzgados de primera instancia e instrucción de la provincia (consultando respectivamente cada archivo, donde se encontrarán dichos sumarios). Por último,

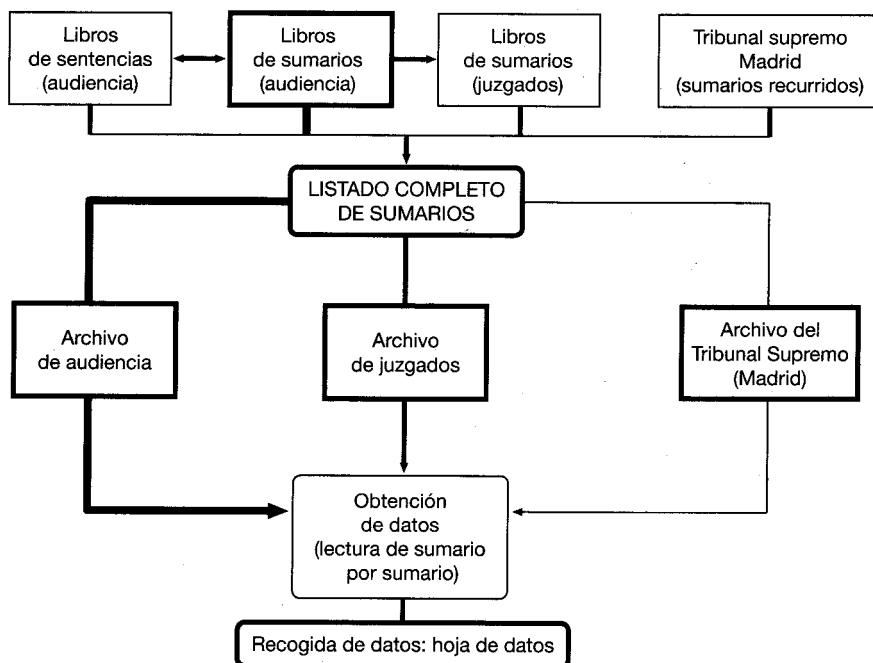


Fig. 21-2. Metodología de la primera fase (sumarios).

debido a que una buena parte de los sumarios cuya sentencia fue dictada, pero recurrida ante el Tribunal Supremo en Madrid se encuentran en el archivo de dicho tribunal, se consultará el libro de sumarios recurridos al tribunal supremo, y todos los sumarios por homicidio de la provincia de Tenerife se estudiarán en dicho tribunal.

Listado y agrupaciones. Una vez concluida la fase anterior y obtenidos los datos que consten en los sumarios, estaremos en condiciones de conocer, con la mayor aproximación posible, el listado completo de todos los agresores procesados y condenados por delito de homicidio durante el período correspondiente a nuestro estudio. Se iniciará entonces el proceso de agrupamiento según diferentes parámetros, comenzando de este modo el estudio epidemiológico descriptivo.

Así, por ejemplo, se estudiará la muestra total en referencia a la población; se dividirá el total en dos grandes grupos (homicidios consumados y homicidios frustrados) para compararlos entre sí, así como todas las combinaciones de edad, sexo, estado civil, naturaleza, tipo de delito, motivación, relación agresor-víctima, perfil de agresor y víctima, etc., que pudieran derivarse tanto para los agresores como para las víctimas.

Segunda fase. Historias clínicas (fig. 21-3)

Una vez estructurada la muestra, se procederá a estudiar los sujetos con antecedentes psiquiátricos que la componen, para lo cual se consultarán los archivos de los dos hospitales mencionados, así como el archivo del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Madrid.

Es entonces el momento del estudio por categorías diagnósticas, de acuerdo con las clasificaciones internacionales (DSM-III-R/ICD-9 o ICD-10) o bien en relación con la literatura revisada en otros países y por autores diferentes (31) o en relación con otros estudios de prevención (6).

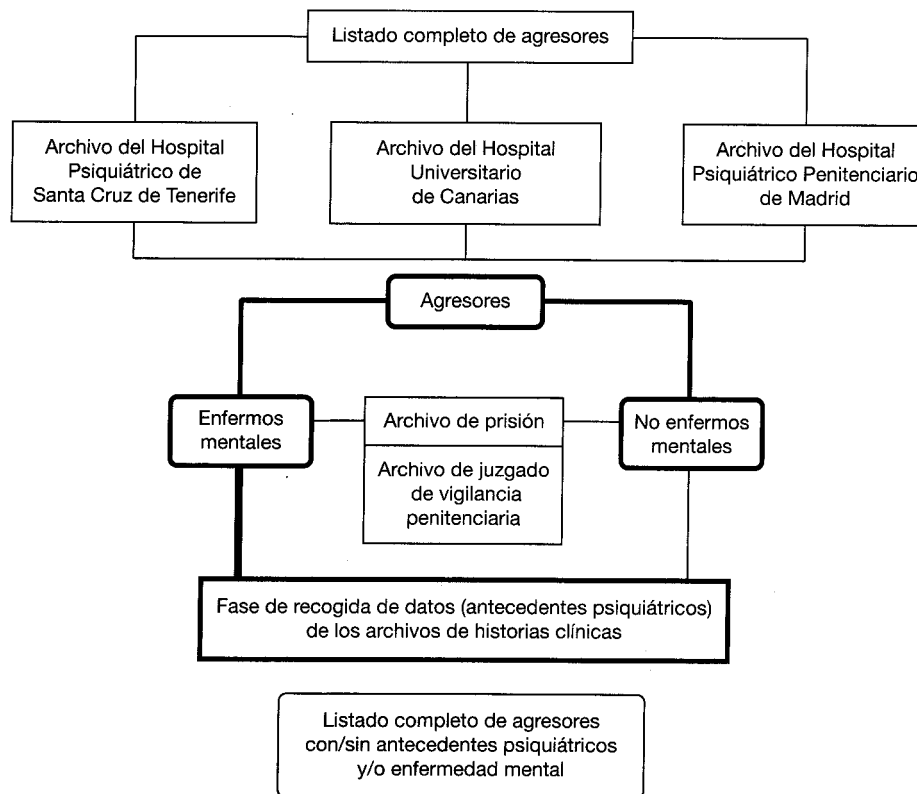


Fig. 21-3. Metodología de la segunda fase (historias clínicas).

Aplicaciones y diseños

Con la conclusión de esta fase se abrirán mayores posibilidades de estudio epidemiológico psiquiátrico (enfermos mentales versus sanos, tipos de patología mental, etc.). Así, tras finalizar esta fase, estaremos en condiciones de conocer el listado de agresores con enfermedad mental y sin ella.

Tercera fase. Entrevistas personales (fig. 21-4)

Por último, en la medida en que sea posible, se procederá a practicar entrevistas personales mediante una serie de preguntas previamente estructuradas (32) a la vista de la bibliografía consultada, a todos y cada uno de los agresores que libremente accedan a ellas, tanto en la Prisión Provincial de Tenerife, como en otros centros de cumplimiento de condenas en la península, algunos de los cuales ya se han citado anteriormente.

Todas las entrevistas serán realizadas por quien lleve a cabo la investigación, incluyendo pruebas psicológicas de especial interés en este estudio:

General Health Questionnaire (GHQ-28) de «búsqueda de caso psiquiátrico», validado para la población española por el Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Zaragoza (33).

EPQ-A (Cuestionario de Personalidad de Eysenck para Adultos), de reconocido prestigio internacional y validado en España (34, 35), que usaremos para poder aproximarnos al estudio de la personalidad del agresor en cada caso.

Symptom Chek list 90 (SCL-90), test de búsqueda a través de nueve variables psicopatológicas, muy utilizado en este tipo de temas (36, 37).

De esta manera, personalizando e individualizando las entrevistas, pretendemos acercarnos de una manera más completa al mundo que rodea a estas personas, que alguna vez, por una razón o por otra, son responsables o no de la muerte de otra.

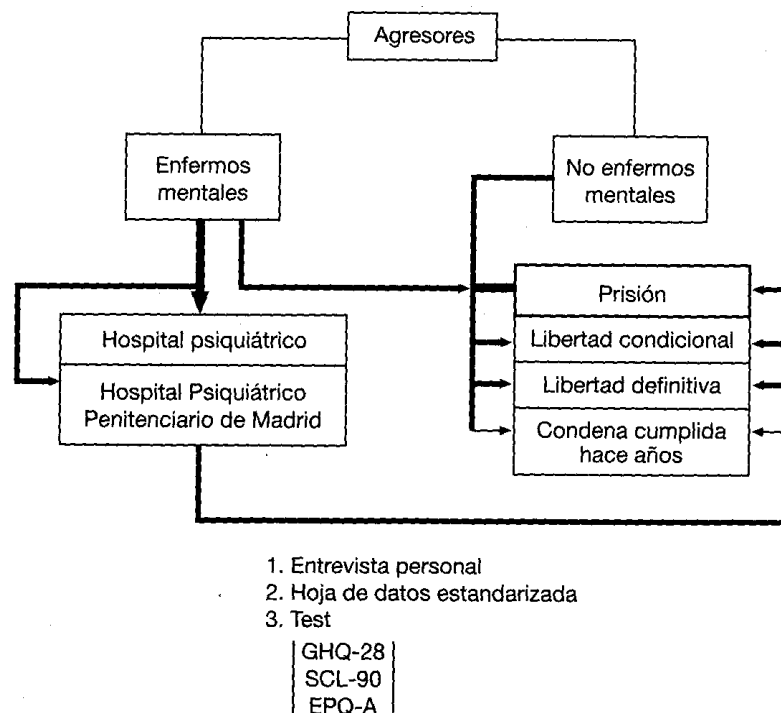


Fig. 21-4. Metodología de la tercera fase (entrevistas personales).

Cuarta fase. Análisis estadístico

Como último eslabón de esta cadena sucesiva de pasos que conforman el método de trabajo, se procederá a la introducción y cuantificación mediante tratamiento informatizado de los datos obtenidos, así como a su explotación estadística mediante el paquete de programas estadísticos (SPSS, BMDP, etc.).

BIBLIOGRAFÍA

1. Von Hentig H. Estudios de psicología criminal: El asesinato. Madrid: Espasa Calpe 1980; 13-25.
2. Abrahamsen D. La mente asesina. México: Fondo de Cultura Económica 1976.
3. Gibbens TCN. Sane and insane homicide. *J Crim Law Criminol Police Sci* 1958; 49:110115.
4. WHO. World Health Statistic Annual. Ginebra: World Health Organization 1988.
5. Vigderhous G. Suicide and homicide as causes of death and their relationship to life expectancy. *Soc Biol* 1975; 22:338-343.
6. Tanay E. Psychiatric aspects of homicide prevention. *Am J Psychiatry* 1972; 128(7):49-52.
7. Hüfner H, Boker W. Crimes of violence by mentally abnormal offenders: A psychiatric and epidemiological study in the Federal German Republic. Cambridge University Press 1982; 1-336.
8. Coid J. The epidemiology of abnormal homicide and murder followed by suicide. *Psychol Med* 1983; 13:855-860.
9. Holinger PC, Offer D, Ostrov E. Suicide and homicide in the United States: An epidemiologic study of violent death, population changes, and the potential for prediction. *Am J Psychiatry* 1987; 144(2):215-219.
10. Kivela SL. Relationship between suicide, homicide and accidental deaths among the aged in Finland in 1951-1979. *Acta Psychiatr Scand*, 1985; 71:155-160.
11. Martí Tusquets JL, Murcia Grau M. Conceptos fundamentales de epidemiología psiquiátrica. Barcelona: Herder 1987; 62-98.
12. Wolfgang ME. Patterns in criminal homicide. *Criminology, law and enforcement, & social problems Series*, n.º 211. Filadelfia: Patterson Smith 1975; 1-413.
13. Gibbens TCN, Robertson G. A survey of the criminal careers of hospital order patients. *Br J Psychiatry* 1983; 143:362-369.
14. West DJ. Murder followed by suicide. Londres: Heinemann 1965.
15. Bluglass R. Psychiatric assessment of homicide. *Br J Hosp Med* octubre 1979; 366-377.
16. Gunn J. Criminal behaviour and mental disorder. *Br J Psychiatry* 1977; 130:317-329.
17. Tanay E. Psychiatry study of homicide. *Am J Psychiatry* 1969; 125 (9):146-152.
18. Ander EE. Técnicas de investigación social. México: El Ateneo 1989.
19. Bunge M. La investigación científica. Barcelona: Ariel 1975.
20. Código Penal. Edición preparada por Enrique Gimbernat Ordeig, 6.ª ed. Madrid: Tecnos 1989.
21. Manual de Legislación Penal. Código Penal con Jurisprudencia, Notas, Concordancias y Legislación. Colección Nueva Biblioteca de Legislación, 9.ª ed. Madrid: Limruja 1985.
22. Dell S. The change in sentencing. En Dell S, ed. *Murder into Manslaughter*. Maudsley Monographs, n.º 27. Oxford University Press 1984; 8-24.
23. Daradkeh TK. The psychiatric aspects of murder and attempted murder in Jordan (1976-85). *Med Sci Law* 1988; 28(1):57-61.
24. Palmer S, Humphrey JA. Offender-victim relationships in criminal homicide followed by offender's suicide, North Carolina (1972-1977). *Suicide Life Threat Behav* 1980; 10(2):106-118.
25. Fooner M. Victim-induced criminality. *Science* 1965; 153:1080-1083.
26. Rodríguez-Pulido F. Epidemiología de los suicidios consumados en el archipiélago canario: (1977-1983). Tesis doctoral. Tenerife: Universidad de La Laguna 1989a.
27. Rodríguez-Pulido F, Gracia Marco R, Sierra López A, Frugoni Perdomo A, González de Rivera JL. The methodologic problem of suicide in the Spanish State. (Session 173) VIII World Congress of Psychiatry. Atenas, octubre 1989b. Abstracts. En Stefanis CN, Soldatos CR, y Rabavillas AD, eds. *Excerpta Medica. International Congress Series* 899 1989b.

Aplicaciones y diseños

28. Rodríguez-Pulido F, Sierra A, Gracia R, Doreste J, González de Rivera JL. Suicide in the Canary Islands. *Acta Psychiatr Scand* 1991; 84:520-523.
29. Kaiser G. Introducción a la criminología. Madrid: Dykinson 1988; 268.
30. Serrano Gómez A. El costo del delito y sus víctimas en España. Universidad Nacional de Educación a Distancia. Aula Abierta. AA 15. Madrid 1987.
31. Petursson H, Gudjónsson GH. Psychiatric aspects of homicide. *Acta Psychiatr Scand* 1981; 64:363-372.
32. Berrios GE. Descripción y entrevistas estructuradas en psiquiatría. En Guimón J, Mezzich JE, Berrios GE, eds. Diagnóstico en psiquiatría. Congreso celebrado en Bilbao del 12 al 14 de noviembre de 1987 en el marco del II Congreso Mundial Vasco. Barcelona: Salvat Editores 1988.
33. Lobo A, Pérez-Echevarría MJ, Artal J. Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. *Psychol Med* 1986; 16:135-140.
34. Pérez Sánchez J. Teoría de Eysenck sobre la criminalidad: El resultado de la investigación. *Psiquis* 1986; 7:35-51.
35. Pérez Sánchez J. Características psicológicas individuales del comportamiento antisocial. *Rev Psiquiatría Fac Med Barcelona* 1988; 15(2):78-87.
36. Derogatis LR, Lipman RS, Covi L. SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale: Preliminary report. *Psychopharmacol Bull* 1973; 9:13-28.
37. Wilson JH, Taylor PJ, Robertson G. The validity of the SCL-90 in a sample of british men remanded to prison for psychiatric reports. *Br J Psychiatry* 1985; 147:400-403.