

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

23

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA,  
PSICOLOGÍA MÉDICA Y SALUD MENTAL

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO "FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ"

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA COMO  
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA

"LA VIOLENCIA COMO CAUSA DE  
INTERNAMIENTO HOSPITALARIO"

NOMBRE DEL ALUMNO:

DRA. MARÍA ANGÉLICA GUTIÉRREZ ANGUIANO

TUTORES:

DR. FERNANDO LÓPEZ  
MUNGUÍA  
TEÓRICO

DR. ROGELIO APIQUIÁN  
GUITART  
METODOLÓGICO

SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA  
SECRETARÍA DE PSYCOLOGÍA MÉDICA,  
PSYQUIATRÍA Y ODONTOLOGÍA  
FACULTAD DE MEDICINA  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

2002



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

... a la Dirección General de Bibliotecas ...  
... a difundir en formato electrónico e impreso ...  
... contenido de mi trabajo recepcional ...  
NOMBRE: Ma. Angélica Gutiérrez  
Ayullano  
FECHA: 3/11/02  
FIRMA: 

El hombre bajó de los árboles, caminó,  
caminó rápidamente sobre las piedras,  
piedras que le produjeron dolor, dolor  
que se le fue a la cabeza y lo volvió  
loco, locura que desató la violencia.

Santiago Genovés

**Í N D I C E**

<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>4</b>
<b>JUSTIFICACIÓN</b>	<b>40</b>
<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>42</b>
<b>OBJETIVOS</b>	<b>43</b>
<b>METODOLOGIA</b>	<b>44</b>
<b>RESULTADOS</b>	<b>47</b>
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>51</b>
<b>SUGERENCIAS</b>	<b>53</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>54</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>57</b>

## INTRODUCCIÓN

Agresión y Violencia, Peligrosidad y Enfermedad Mental, Tratamiento Forzoso e Internamiento Psiquiátrico Involuntario, etc. son términos cada vez más frecuentes en el léxico médico y por su propia complejidad cada vez menos comprendidos e incluso utilizados como uno sólo y lo mismo. Por ello considero conveniente iniciar este trabajo con la precisión de conceptos básicos.

Voy a comenzar reproduciendo unas frases extraídas de la obra de Foucault (1) al respecto de "avisos" encontrados al azar en libros y documentos:

- I) "Jean Antoine Touzard ingresó en el Castillo de Bicêtre el 21 de abril de 1701: Apóstata recoleto, sedicioso, capaz de los mayores crímenes, sodomita y ateo hasta la saciedad; es un verdadero monstruo de abominación que es preferible que reviente a que quede libre".
  
- II) Yo, Pierre Rivière habiendo degollado a mi madre, mi hermana y mi hermano... La historia de un joven de 20 años de edad considerado como loco o idiota que el 3 de junio de 1835 mata cruelmente... condenado a la pena de muerte, pero que la clemencia real ha conmutado en cadena perpetua sin exposición a la vindicta pública, ha sido transferido a la prisión central de Beaulieu. (2)

Los anteriores son el botón muestra de esa relación tan controversial entre la Enfermedad Mental y la violencia o la criminalidad. El primer caso un individuo ingresado al Manicomio de Bicêtre por apóstata y ateo, por tener gran capacidad criminal, un monstruo que es preferible que reviente... cuya enfermedad mental no se describe y probablemente no existió.

En el segundo caso, un individuo quien al parecer sí era enfermo mental con características criminales probadas y que es enviado a prisión por la clemencia real.

En ambos casos existió la participación de alienistas famosos como Esquirol, pero la determinación fue hecha por la autoridad judicial y real, con base en las demandas sociales.

De esta forma inicia la intervención de la Psiquiatría en el terreno penal –*campo práctico de la violencia y la criminalidad*- a comienzos del siglo XIX y con relación a una serie de casos similares a los mencionados.

Precisemos que se puede afirmar que hasta finales del siglo XVIII el derecho penal no se planteaba la cuestión de la locura más que en los casos en los que el código civil o el derecho canónico lo hacía, es decir cuando la enfermedad mental se presentaba bajo la forma de demencia o de “imbecilidad” pero también bajo la forma de furor, (3) entendido éste último como una explosión pasajera de violencia. En los primeros los signos de alteración mental eran fácilmente reconocibles incluso con frecuencia se discutía si era necesario la presencia de un médico alienista para confirmarla. El problema se presentaba cuando sin ningún síntoma previo, ningún trastorno del pensamiento o de la conducta

conocido como monomanía homicida, que en palabras del propio Esquirol se describe (4)

“Debo dar a conocer una forma de delirio parcial a lo que he dado el nombre de monomanía que es una afección cerebral sin fiebre caracterizada por una lesión parcial de la inteligencia, de los afectos y de la voluntad en que los enfermos parten de un principio falso del que nacen sus consecuencias legítimas...

Continúa diciendo Esquirol:

“Los enajenados atentan contra la vida de sus semejantes. Unos; en un ataque de cólera matan a las personas que consideran enemigos, otros; engañados por las ilusiones de los sentidos obedecen a sus impulsos.

Así que cuanto más grave era un crimen, la locura carecía de interés jurídico, sobre todo en sacrilegio o en delito de lesa majestad. Por el contrario se recurría al argumento de la locura en casos de delitos menores –*pequeños actos de violencia, vagabundeo, etc.*– por lo que los causantes de estos actos frecuentemente eran internados.

Pero no es a través de estos casos que sucedían a diario como la Psiquiatría y la ley se complementan, sino más bien es enfrentándose con los grandes casos criminales, extremadamente violentos y raros. Son crímenes de familia, del hogar o unidad. Padres que matan a sus hijos, hijos que matan a sus padres, no son tanto crímenes en contra de la sociedad, sino de la naturaleza. Es ahí donde la sociedad, los juristas, los médicos plantean la cuestión de la locura no como causa sino como

explicación al crimen contra natura, el crimen “sin razón”, o lo monstruoso. Siguiendo a Foucault la Psiquiatría en el siglo XIX se inaugura con la patología de lo monstruoso, de lo violento. (3)

Cabe preguntarse, ¿Porqué los médicos alienistas se empeñaron en demostrar la enfermedad mental de personas que hasta ese momento habrían sido considerados como simples criminales? Y ¿Porqué jueces, jurados y la sociedad en general lo aceptaron?. Con seguridad la respuesta no es sencilla y en ella deben confluir diversos factores; la medicina como Higiene Pública, la necesidad inherente al médico de conquistar otros terrenos para ampliar sus horizontes y conocimientos, etc. Pero sobre todo lo que explica el porqué de la patologización del crimen es la falta de argumentos verdaderos, probatorios, que mitiguen la angustia que produce la ignorancia de la causa de hechos inexplicables como la muerte de un hijo a manos de su padre.

Con lo dicho hasta aquí, hemos pretendido llamar la atención sobre la forma poco clara en que la Psiquiatría a través de los actos violentos se relaciona con la Ley.

Lo que a todas luces resulta claro es que el propio profesional de la salud mental, o mejor dicho de la enfermedad mental, llámese médico alienista del Siglo XIX en su afán por encontrar una explicación a lo inexplicable se refugió erróneamente en otra área sin explicación: la locura. Desde la enfermedad mental; con su juicio desviado, su inteligencia disminuida, su afecto alterado, su voluntad envidiada, su memoria abolida, etc. Médicos y juristas creyeron encontrar la razón de la "sin razón", explicar la ausencia de conocimiento desde lo desconocido y así la locura se convierte en una causa amplia, segura, genuina de todos aquellos actos humanos que no son explicables ni entendibles desde la razón. Con esto y desde entonces el enfermo mental carga con un estigma más, la violencia. Emblema que ostenta hasta nuestros días y que ha ocasionado que enfermedad mental y violencia sean entendidos como sinónimos. Nada más lejos de la realidad.

Es conveniente profundizar en el tema que nos ocupa desde las precisiones de conceptos fundamentales para lo cual nos permitimos definir los relevantes. Así el Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua considera:

**AGRESIÓN** (*Del latín aggressio*) como el acto de acometer a alguno para matarlo, herirlo o hacerle daño, especialmente sin justificación.

**HOSTILIDAD** (*Del latín hostilitas*) Enemigo o contrario que ataca a alguien, aún levemente, pero con insistencia.

**IRA** (*Del latín ira*) Pasión del alma, que causa indignación, enojo o furia.

**VIOLENCIA** (*Del latín violentia*) Lo que está fuera de su natural estado, situación o modo. Obligar a otros venciendo su resistencia para actuar en contra de la voluntad.

**PELIGROSIDAD** (*Del latín periculosos*) Que tiene riesgo o puede ocasionar daño o cometer actos delictivos.

Los anteriores conceptos, transparentes por demás, poco aportan para la concepción y definición actuales de Agresión y Violencia que no obstante ser utilizados frecuentemente como uno y lo mismo, no lo son.

Abundemos:

En el terreno de la Agresividad, es indispensable identificar dos formas básicas de agresividad, con fundamento en las observaciones ETOLÓGICAS y en las de las Ciencias de la Conducta:

Una conducta biológica, natural y adaptativa que se fundamenta en la Teoría de Darwin (5) y que en resumen plantea que "solo sobreviven los más aptos", así la expresión Darwiniana de "la lucha por la vida" hace referencia a la agresión instintiva que hace progresar la evolución debido a la competencia entre parientes cercanos.

A esa agresividad útil, benéfica, positiva, instintiva; no haremos referencia en este trabajo. No obstante la otra agresividad debemos considerar que hay circunstancias en las que prácticamente todos los seres humanos llegaríamos a cometerla, dándose por supuesto, en condiciones extremas, como cuando nuestra propia vida o la de los nuestros está en peligro. El mismo Lorenz (6) considera que la agresividad de muchos animales respecto de sus propios congéneres no es nada perjudicial a la especie en cuestión, antes bien, es un instinto indispensable para su conservación, pero no se debe olvidar que las pautas innatas de comportamiento pueden ser trastornadas por cualquier cambio, insignificante en sí, de las condiciones del medio. Y

los cambios que el hombre ha hecho en su propio medio están lejos de ser insignificantes. Esta situación permite el abordaje de la otra forma básica de

agresividad, aquella que es innecesaria y desadaptativa que afecta la convivencia humana y que hemos denominado violencia. De acuerdo con la sentencia de Lorenz en que afirma que si pudiéramos ver sin prejuicios al hombre contemporáneo, en una mano la bomba de hidrógeno y en el corazón la agresión heredada no le auguraría larga vida.

Regresando a la primera forma básica de agresividad la adaptativa, descrita también por Fromm (7) denominada Agresión Defensiva cuyo eje central son las bases neurofisiológicas y genéticas de la agresión y que considera que el cerebro de los animales está programado filogenéticamente para movilizar impulsos de ataque o huida cuando están en peligro los intereses vitales del hombre, como el alimento, el espacio, los hijos, el acceso a las hembras. El objetivo fundamental es quitar el peligro; esto puede hacerse, de hecho se hace, huyendo si es posible, y si no lo es, entonces peleando o asumiendo posturas eficaces.

El objetivo de la agresión defensiva no es el placer de destruir sino la conservación de la vida. Una vez alcanzado el objetivo, la agresión y sus equivalentes emocionales desaparecen, lo mismo sucede con el hombre cuando está en peligro su vida, su salud, su libertad o su propiedad.

Profundizando en esta conducta agresiva desde la óptica etológica, precisemos que las bases biológicas, nerviosas y hormonales de tales comportamientos son muy similares en los mamíferos, incluido el hombre, aunque hay entre las especies marcadas diferencias en manifestaciones específicas como las de alardear (bluff), amenazar y luchar. En la mayoría de los casos, los machos parecen ser más agresivos que las hembras, incluso la anatomía de la especie es diferente entre los géneros, la diferencia reside en el desarrollo y adaptación de la anatomía para alardear y luchar, considerada como anatomía de la agresión (diferencias sexuales, tamaño corporal, complejo músculo-mandíbula-canino, el tamaño del músculo del cuello, dimensiones craneales, etc.), en consecuencia la conducta ayuda a aclarar la anatomía tanto como la anatomía ayuda a comprender la conducta (8).

De esta forma la agresividad debe ser entendida como un componente básico de la conducta humana, sin precisar si se trata de un instinto o de conductas aprendidas, lo cierto es que irremediamente está presente, y lo hace como conducta no como emoción, necesidad o motivo, sin embargo la ira, el enojo, la hostilidad acompañan con frecuencia la expresión motora o destructiva.

Entonces, agresión será toda forma de conducta que pretende herir, física o psicológicamente a otro o bien al propio individuo. (9)

Tejiendo fino, precisemos que la conducta agresiva puede ser originado por:

- 1) Un aumento de los impulsos agresivos
- 2) Un aumento de la reactividad emocional a los estímulos ambientales.
- 3) Un déficit de los mecanismos inhibitorios de la conducta (control del impulso) (10)

El hecho de que existan diversas causas que permitan o faciliten la expresión de las conductas agresivas obliga a pensar en la existencia de diversos fenómenos reguladores en sistemas biológicos distintos y que da lugar a manifestaciones agresivas particulares. Desde la Neuroanatomía se considera que las estructuras implicadas en la conducta agresiva se localizan en el Sistema Límbico (áreas ventromediales del Hipotálamo) y en los lóbulos frontales (zonas orbi frontales y frontomediales) y lóbulos temporales.

Desde la Bioquímica, los neurotransmisores implicados son: la serotonina, la noradrenalina y la dopamina, estos dos últimos sugieren un papel facilitador de la agresividad pero los escasos estudios clínicos son contradictorios. En el caso de la serotonina ha quedado claro su papel ya que la reducción de la función serotoninérgica central parece estar asociada con una tendencia a la conducta impulsiva/agresiva tanto en animales de experimentación como en el hombre, pero debemos resaltar que los mecanismos precisos por los que se producen las conductas agresivas están lejos de ser esclarecidas.

Desde el Psicoanálisis y la Psicodinámica.- se describen teorías de la libido a cerca de impulsos o instintos sexuales y agresivos que más tarde toman forma en los instintos de la vida y muerte. Eros y Tanatos. La agresión seguía siendo un impulso humano pero podía modificarse al servicio del organismo.

Desde la Genética.- Se ha observado la existencia de una relación entre criminalidad o conductas antisociales en los adoptados y los antecedentes de los padres biológicos; así como otros estudios que invitan a pensar en la importante participación de la herencia. (11)

Desde las Teorías del Aprendizaje, se postula que la agresión no es innata o instintiva sino que es una manifestación de la experiencia, facilitada a través de tres mecanismos:

**La Adquisición.**- Se adquiere por observación directa a la familia, a la televisión.

**La Instigación.**- Que tiene lugar cuando la agresión queda impune.

**El Refuerzo.**- Las personas expuestas de manera reiterada a modelos combativos son más agresivas en sus interacciones que aquellos que no se desenvuelven en medios violentos.

Abundando en el conocimiento bioquímico y como contrapunto al enfoque tradicional, preferentemente psicodinámico y a la consideración de los factores sociológicos, en las dos últimas décadas se ha prestado especial atención a las bases biológicas de la conducta agresiva. Desde

esta perspectiva cada uno de estos fenómenos está regulado por sistemas biológicos distintos y da lugar a manifestaciones agresivas particulares.

Respecto al papel de la noradrenalina en la conducta agresiva, los estudios con modelos animales sugieren un papel facilitador de la agresividad pero con los escasos estudios clínicos son contradictorios. Por ejemplo, en un estudio de Borren y cols (1979) se constataron una correlación positiva entre los valores de MHPG en LCR (Líquido Cefalorraquídeo) y la cuantificación de los sucesos violentos a lo largo de la vida en sujetos con trastorno de personalidad. Por el contrario, Virkkunen y cols (1987) encontraron que los valores de MHPG en LCR eran inferiores en delincuentes violentos que en los controles normales. (10)

En cuanto a la dopamina, mientras en un estudio de Linnoila y cols (1983) se halló una menor concentración de HVA en LCR en delincuentes violentos con trastorno de personalidad, en dos trabajos posteriores del mismo equipo investigados no se pudo replicar este hallazgo. (Virkkunen et al, 1987; Virkkunen et al, 1994).

La transmisión serotoninérgica ocupa un lugar preferente tanto en los trabajos de experimentación animal como en los estudios en pacientes psiquiátricos (adultos y población infanto-juvenil), en muestras de sujetos con conducta antisocial y en individuos normales. Gran parte de estos estudios se basan en la valoración en LCR del metabolito de la serotonina ácido 5-hidroxi-indolacético. En los últimos años se da

preferencia a las pruebas neuroendocrinas, procedimiento menos invasivos que la determinación del 5-HIAA en LCR.

Gracias al conocimiento de las interacciones entre la serotonina y ciertas hormonas (prolactina, cortisol, hormona del crecimiento, etc.) se dispone de una estrategia que permite abordar el nivel funcional del neurotransmisor indolamínico a partir del comportamiento de las hormonas tras la administración de drogas agonistas serotoninérgicas como la fenfluramina, la meta-clorofenilalanina, la buspirona, o los inhibidores selectivos de la recaptura de la serotonina como la fluoxetina.

Por otra parte, desde el punto de vista de las alteraciones conductuales, unos estudios se limitan a la agresividad impulsiva, aceptando que las alteraciones de la neurotransmisión indolamínica constatadas en la conducta agresiva estarían realmente asociadas con defectos en el control de los impulsos, mientras que en otras investigaciones se considera globalmente el fenómeno de la agresividad. A este respecto se puede considerar como características de la impulsividad la toma de decisión de forma rápida y a la incapacidad de diferir la respuesta sin sentir malestar.

Cuales quiera que sean los mecanismos reguladores de las conductas agresivas éstos pueden manifestarse en diversas modalidades, para la Psicología Social la agresión puede ser: Según Buss: (13)

- 1) ACTIVA Cuando los impulsos agresivos fluyen sin control ejercido por el sujeto y generalmente expresada con violencia física.
- 2) PASIVA En este se afecta a los demás por la falta de acción del agresor.
- 3) DIRECTA.- Cuando va dirigida al sujeto identificado (víctima)
- 4) INDIRECTA.- La agresión se canaliza hacia objetos propiedad de la víctima, bromas, mentiras, comentarios mal intencionados o a través de la omisión de actos.
- 5) FÍSICA.- Golpes o lesiones producto del contacto físico y puede ser simple o armada.
- 6) VERBAL.- A través de amenazas insultos o comentarios mordaces.
- 7) AUTODIRIGIDA.- Lo que se ejerce sobre sí mismo.

Tanto la teoría del Aprendizaje como la propuesta de la Psicología social llevan el término agresión a un contexto social por lo que podemos considerar que se trata más del término Violencia y no Agresividad.

En línea con lo anterior, el término Violencia puede definirse como un estado o como una acción. En su acepción más amplia Violencia significa todo aquello que está fuera de un estado, modo o situación natural, incluye fenómenos del orden de la naturaleza: violencia de los

terremotos, las inundaciones y los huracanes, fenómenos que se hallan fuera del orden de lo humano. En un sentido más restringido y aplicable a las causas sociales, violencia se define como la fuerza con que a uno se le obliga a hacer lo que no quiere, por medios a los que no se puede resistir. (15) En la evolución del concepto se introduce lo que Fromm llamó destructividad humana.

No obstante ser una definición precisa, el término se conceptualiza en diversos sentidos según la rama del conocimiento humano que la analice, por ejemplo para la Salud Pública, la violencia es la ejecución de acciones dirigidas fundamentalmente a producir un daño físico.

La sociología considera a la violencia como formas de agresión de individuos o de una comunidad que no se traduce necesariamente en daño físico. Para el Derecho la violencia es la violación o no observancia de la ley, que se traduce en actos criminales. (14) Y así un largo etcétera. Lo cierto es que ésta agresividad maligna, negativa, patológica o destructiva (*según el autor consultado*) acompaña al homo sapiens desde que lo es, como ejemplo, mencionamos a Santiago Genovés (15) quien realizó "el monstruoso cálculo de que si se pusiera pies con cabeza a los muertos de las últimas guerras *—entre los hechos de violencia del siglo XX—*, la línea que se formará daría cinco vueltas a la Tierra..."

Confirma diciendo Genovés:

“En lo que a muertos por violencia y agresión humana se refiere, hace 60 años moría un hombre a manos de otro cada 50 segundos. Hoy

hemos mejorado. Hoy muere un hombre de esa manera cada 16 segundos.

Es evidente que la violencia es un fenómeno social, de hecho desde la Antropología a la fuerza destructiva, aniquiladora, que resuelve o mantiene la contradicción que impide el desarrollo de uno de los contrarios o lo destruye, se le llama violencia o más específicamente Violencia Humana. En este sentido, la fuerza ejercida por un animal depredador que caza y devora a su presa no es violencia, así como tampoco lo son los encuentros y combates del hombre primitivo, por el territorio, la hembra o el alimento. La violencia surge como una necesidad cuando surge el antagonismo, la conciencia de dominio el deseo de poder. (16)

Ese deseo de poder, en su forma extrema, presenta aspectos desastrosos que todos conocemos; hambruna, guerras, genocidios, muerte, etc., pero siempre el afán por conseguir el dominio sobre el mundo exterior constituye la base de las mayores realizaciones humanas y cuando ese poder no se consigue o se presentan dificultades surge la violencia como “respuesta que sigue a la frustración o simplemente como un acto cuyo objetivo *–respuesta–* es causar daño a otro individuo.

Esta posibilidad existe en todos y cada uno de los hombres, en mayor o menor grado. Cuando leemos en un periódico o en un libro de Historia las atrocidades que el hombre ha cometido con el hombre, en nuestro fuero interno sabemos que cada uno de nosotros alberga dentro de sí los salvajes impulsos que conducen al asesinato, a la tortura y a la guerra. (17)

Podemos concluir que la violencia es una conducta que se genera conjugada con la agresividad más diversos componentes de carácter social y psíquico. Se refiere a la

expresión directa, cruda y explosiva en la agresividad, mientras que ésta se muestra a cada paso con múltiples rostros. (18)

Algunos modos de ser agresivo son estereotipados y constituyen rasgos del carácter. Términos tales como cólera, enojo, hostilidad, odio, resentimiento, crueldad, violencia, sadismo, masoquismo, destructividad, etc. Se refieren a distintos niveles de organización y de expresión de la agresividad.

De lo anterior se deduce que "agresividad" es un término genérico un tanto abstracto, que puede usarse en un sentido más general en tanto que los conceptos que hacen alusión a modalidades específicas de la agresividad necesitan ser definidos con mayor precisión.

Continuando con precisiones conceptuales, resta definir un término que escapa por mucho del vocabulario médico y que pertenece al mundo de la criminología, refiriéndome estoy a la Peligrosidad.

El concepto de Peligrosidad al ser introducido en la criminología sustituyó al de temibilidad.

La peligrosidad es reconocida por casi todos los autores, así Roco la define como la potencia, la aptitud, la idoneidad, la capacidad de la persona para ser causa de acciones dañosas. Para Grispigni es la capacidad evidente de una persona de devenir autora de un delito. Para Petrocelli es un conjunto de condiciones subjetivas y objetivas, bajo cuyo impulso es probable que un individuo cometa un hecho socialmente dañoso. Para López Rey la peligrosidad se hace depender por lo común de las condiciones personales y raramente en referencia al sistema socioeconómico y político imperante. Es claro que todos los autores coinciden en que se trata de una situación potencial, es decir, esa capacidad que es inherente al ser humano y que por diversos motivos no puede desarrollar o practicar en mayor o menor grado.

El concepto de peligrosidad puede ser desdoblado en dos:

### Capacidad Criminal y Adaptabilidad Social

Por capacidad criminal se entiende la perversidad constante y activa de un delincuente y la cantidad de mal que por lo tanto, se puede temer del mismo.

La adaptabilidad social es la capacidad del delincuente para adaptarse el medio en que vive (19)

Llegados a este punto, estamos en condiciones de abordar el tema central de esta breve disertación, La Violencia en la Enfermedad Mental.

Los actos de violencia que se llegan a presentar en pacientes psiquiátricos se han convertido en una preocupación pública en parte a la publicidad que envuelve a los delitos cometidos por estos enfermos. En realidad, los pacientes psiquiátricos son responsables sólo de un pequeño porcentaje de homicidios, o de otros actos violentos que ocurren en la sociedad. Aunque los pacientes psiquiátricos no son autores de muchos homicidios, ni de la violencia social, es evidente que existe una relación entre padecer algún trastorno mental y riesgo de violencia sobre todo en pacientes no medicados. (9)

La frecuencia de la violencia en pacientes psiquiátricos depende de la definición de violencia, el contexto y el tipo de sujetos. (11) Si se considera sólo la agresión física dirigida a otras personas se observa en apenas el 10% de los pacientes antes de haber sido hospitalizados.

Si se considera agresión física y verbal su frecuencia en pacientes internados aumenta al 35-45%.

La violencia limitada a la sala psiquiátrica tiene menor frecuencia, el 7% de los pacientes había atacado a otras personas por lo menos una vez en los 3 meses previos

al estudio. Otro estudio muestra que el 3% de los pacientes que se presentaban para una evaluación habían ejercido violencia física hacia otras personas, la mitad de ellas a familiares adultos, en el pasado reciente.

Con respecto a la violencia que desata el enfermo mental en la comunidad, las cifras no son del todo confiables toda vez que existe un subregistro debido a que con frecuencia la víctima no denuncia el hecho, sobre todo por miedo al perpetrador. En un estudio de 8000 encuestas, se analizó las conductas violentas reportadas o no a la policía, encontrándose que el 1.1% de los encuestados golpeó a la pareja, el 0.2% a un niño, el 1.8% participó en peleas físicas que no incluían a su pareja y el 1.1% empleó un arma en una pelea. En general el 2.4% de los encuestados tuvo conductas violentas durante el año previo en uno o más de esos puntos. De estos el 55.5% cumplía los criterios de una enfermedad mental distinta a trastorno antisocial de la personalidad. Los sujetos que cumplieron los criterios diagnósticos de adicción a alcohol u otras sustancias informaron de mayor número de conductas violentas.

En lo concerniente a la violencia que ejercen los pacientes con enfermedad mental hacia sus médicos, la Asociación Psiquiátrica Americana revisó varios estudios estadounidenses en los que halló una tendencia constante. Las encuestas revelaron que el 40% de los psiquiatras fue atacado por pacientes por lo menos una vez en su carrera. La incidencia es menor en Asistentes Sociales y Psicólogos. No así con los Enfermeros, en un hospital el 58% de los enfermeros sufrió 1 a 3 ataques durante su carrera.

Dos consideraciones más, de vital importancia, el mayor número de ataques hacia los médicos sucede en médicos jóvenes e inexpertos, esto podría deberse a la falta de conocimientos acerca de la manera de

controlar la agresión creciente. Por otra parte, la violencia hacia los médicos es más frecuente en Salas de Urgencia e Internación que en ambulatorios. En consultorios

privados y ambulatorios la agresión es más grave. Estos ámbitos suelen comprometer armas blancas o de fuego.

Ahora profundicémonos en las turbulentas aguas de la de la violencia en la enfermedad mental, campo de estudio de la Psiquiatría Forense y que en ésta área del conocimiento médico recibe el nombre de Peligrosidad, asunto polémico por demás, en el que la práctica y por tanto la realidad es la que nos enseña.

Hace apenas unas décadas la ley consideraba como peligrosos a los ebrios habituales, toxicómanos, así como los que no observan las normas de convivencia social, los que producen riesgo o perjuicio para la comunidad y tienen una evidente inclinación delictiva entre ese gran grupo figuraban los enfermos mentales.

Actualmente no existen datos que demuestren con rigor científico que el enfermo mental es más peligroso para la sociedad, que los sujetos denominados normales. Como ejemplo existe la experiencia española que a través de un estudio realizado en la Confederación de Asociaciones de Familiares de Enfermos Mentales que es un colectivo que agrupa a 10,000 familias de éstos pacientes y maneja cifras de un 3% como el porcentaje máximo de violencia con resultado de delitos, presentado en el conjunto de los enfermos mentales (20)

No podemos dejar de lado que efectivamente existen enfermedades mentales y que durante periodos concretos de las mismas (agudización de la sintomatología en la Esquizofrenia) se pueden dar conductas agresivas, hostiles e incluso homicidas.

Esas conductas, invariablemente por lo dramático, imprevisible, o desproporcionado producen una exagerada alerta en la sociedad lo que con frecuencia se convierte en noticia sensacionalista que sólo produce mayor desinformación y por otra parte participa en la generalización del problema, que al mismo tiempo cumple con una función catártica o de válvula de escape social.

En línea con lo anterior y no deseando sustraernos a la tentación de especificar qué sucede con la violencia en los trastornos mentales más frecuentes, analicémoslas desde la Delitología, es decir desde la posibilidad de actuación antilegal en cuanto a la frecuencia y en cuanto a la gravedad de los actos delictivos.

Abriendo este abanico poli cromático, iniciemos sin ningún orden en particular con (21):

- I. El Retraso Mental.- En este caso la delitología depende de dos características: la intensidad de la deficiencia y su modalidad clínica. El máximo nivel de peligrosidad se produce en los portadores de retraso mental superficial. Luego el retraso medio

que numéricamente producen escasa actividad delictiva aunque pueden ser autores de delitos graves. El retraso grave carece de peligro. Se estima que el retraso superficial produce 12 veces más delitos que el total de enfermos con retraso.

Con respecto a la modalidad clínica, debemos destacar dos vertientes:

- a) El tipo erético, intranquilo, irritable, colérico o activo.
- b) El tipo tórpido, apacible, pasivo, tranquilo, flemático.

En el primero la posibilidad de delinquir es alta, mientras que en el segundo es prácticamente nula.

En cuanto a su relación directa con el hecho delictivo, debemos considerar al individuo con retardo mental en tres posibles situaciones.

- a) Autor material del delito
- b) Coautor por inducción, y
- c) Víctima del delito

No obstante el individuo con retardo mental pueda cometer toda clase de infracciones legales, destacan tres rubros a considerar:

- 1) Delitos contra la vida y la integridad corporal, 27% de homicidios y 20% de lesiones.
- 2) Delitos contra la propiedad. Sobre todo hurto y robo con 19.5% y 2.6% respectivamente.
- 3) Delitos de Indole Sexual: 4% violaciones, 5% tentativa de violación y el 1.4% abusos deshonestos.

Las anteriores son cifras obtenidas de estadísticas españolas diversas y confiables (21)

- II. Síndromes Demenciales.- En este apartado deben considerarse dos estados; el primero es el período predemencial (cuando el deterioro mental no es ostensible) y el segundo, cuando existe ya un intenso deterioro.

En el período predemencial los enfermos muestran mayor proclividad delictiva; son peligrosos y parcialmente intimidables por la acción judicial. En el período demencial son menos peligrosos y totalmente inintimidables.

Los actos delictivos que protagonizan son absurdos y pueriles, sin aparente premeditación, siempre sin complicidad.

Principalmente realizan delitos de índole sexual, sin violencia como exhibicionismo y atentados al pudor generalmente en niños. Delitos por omisión u olvido y luego hurtos disparatados.

Cuando el cuadro demencial se acompaña de síntomas psicóticos el riesgo de lesiones e incluso homicidio se incrementa.

No debemos olvidar que estos pacientes con frecuencia son sujetos pasivos de delito, sobre todo en abuso de sus bienes o persona.

- III. Trastorno Afectivo Bipolar.- Precisemos que el tipo de delito difiere en cuanto al momento de la enfermedad.

En el caso de la Manía, sobre todo en la hipomanía, existe más actividad delictógena, en especial aquellas actividades temerarias que le perjudican a él o a los suyos. Estos enfermos son algo más peligrosos cuando a su síndrome se añaden ideas delirantes o cuando se les superpone intoxicación etílica o por drogas.

En la Depresión la máxima peligrosidad, reside en la tendencia al suicidio o bien en "acabar con el sufrimiento de los suyos" a través del homicidio y posteriormente suicidarse.

Con respecto al tipo de delitos, se realizan con mayor frecuencia dentro del espectro maníaco y sobre todo son los de índole sexual, escándalo público, desacato a la autoridad, daños al patrimonio propio o al de familiares, intrusismo y usurpación, lesiones y en menor grado homicidio.

- IV. Los Trastornos Delirantes (Paranoides).- El paciente paranoide es en potencia uno de los sujetos más peligrosos entre los enfermos mentales. No suele ocultarse, no se arrepiente, se muestra ufano de su delito, que interiormente considera

ineludible y con frecuencia hermoso, heroico, necesario y sublime. Suele ser un criminal astuto, solitario y desafiante.

El tipo de delitos corresponde directamente a las características del trastorno delirante:

El que padece delirio místico incurrirá en sacrilegios. El de ideas megalomaniacas cometerá uso indebido de títulos. El celotípico en el homicidio y lesiones al cónyuge. El querulante en amenazas, lesiones y desacato a la autoridad.

- V. Las Epilepsias.- Empecemos por abordar la creencia de que los pacientes con epilepsia son inevitablemente violentos o peligrosos. En un estudio de 5,400 epilépticos sólo 7 presentaron agresiones apreciables durante las crisis.

El paciente con epilepsia puede cometer toda clase de infracciones, pero con frecuencia son hechos imprevistos o insólitos. El enfermo no huye, en ocasiones presenta inconsciencia del acto o incluso suele dormirse y presenta posteriormente un recuerdo vago y confuso.

Desde la práctica de la Psiquiatría Forense se observa que se ha exagerado la peligrosidad en la epilepsia, pero por lo dicho antes no debe considerárseles inofensivos.

- VI. Las Esquizofrenias.- Presentan una considerable importancia médico legal y dentro de las enfermedades mentales en casi

todos los estudios están en primer o segundo lugar. La génesis delictiva es doble: el automatismo y la impulsión.

- VII. El automatismo es un acto sin motivación y es propio de las formas simple y catatónica, y la impulsión es un acto con motivación delirante, propio de las demás formas clínicas que da lugar a actos de auto y heteroagresividad.

El paciente esquizofrénico puede cometer cualquier tipo de acto delictivo, sobre todo en la forma clínica Paranoide que tiene proclividad por delitos contra la

integridad corporal y el homicidio, este último consiste casi siempre en un acto absurdo, impremeditado, insólito, incomprensible que no le produce ninguna repercusión afectiva y matizado por un refinamiento de crueldad.

La otra vertiente de peligrosidad es la que conlleva la autodestrucción son autores de automutilación o suicidio.

Mención aparente merecen los Trastornos de Personalidad, en particular el:

- VIII. El Trastorno de Personalidad Antisocial debido a que tiene una proclividad delictiva múltiple y diversa. Existen algunos delitos como característicos de éstas personalidades como el hurto, el vandalismo, abandono de familia, imprudencias temerarias, pero en realidad realiza toda clase de actos delictivos, incluso cometen crímenes brutales, delitos contra la propiedad y otros bajo el afecto tóxico del alcohol y otras sustancias psicoactivas.

Son considerados jurídica y con frecuencia psiquiátricamente como incorregibles.

En cuanto a la violencia y la enfermedad mental en los jóvenes, existen datos interesantes a comentar. Aproximadamente 80% de los jóvenes detenidos por cometer actos violentos cumplen con los criterios de Trastorno de Conducta. El trastorno por déficit de atención con Hiperactividad presenta una comorbilidad de hasta 50% con el Trastorno de Conducta. El Trastorno Depresivo se encuentra hasta en 25% de los jóvenes que tienen conducta violenta. (22)

Considero necesario resaltar que de un modo general, todo enfermo mental, es tanto más peligroso cuanto más próximo está de la normalidad.

La creencia de que un enfermo mental es más peligroso en cuanto más grave sea su enfermedad, son ideas propias del profano.

Esta observación se sustenta en que un enfermo cercano a la normalidad puede actuar con más premeditación, su conducta es más intencional y su acción más coordinada.

Por otra parte, el enfermo mental actúa impulsiva o impredeciblemente y con frecuencia como respuesta o defensa a una supuesta agresión.

A este tipo de conductas violentas o destructivas ya sea auto o heterodirigidas es a lo que haremos referencia en el presente trabajo.

Así y entrando en materia, hoy el psiquiatra tiene que cumplir con la obligación básica de dar atención a los pacientes que requieren o necesitan de su cuidado, incluso debe decidir sobre aquellos que lo rechazan o no pueden dar su consentimiento, pero también debe estar preocupado de que el paciente bajo su cuidado sea un posible perpetrador de daño, lo cual con frecuencia es visto, tanto por el experto como por el lego como una función de su enfermedad mental y aun ahí tiene que actuar según los intereses médicos del paciente pero sin dejar de lado el interés supremo de la comunidad, de terceros o de posibles víctimas.

De esta forma, el psiquiatra como médico adquiere esa doble obligación atender al enfermo mental sin descuidar las manifestaciones clínicas de su padecimiento traducidas en actos violentos expresados en su medio familiar y comunitario. Sin duda el caso legal que mayor precedente ha sentado en éste ámbito es el Expediente Tarasoff Vs Autoridades de la Universidad de California, en 1976, caso por todos conocidos, en que el Sr. Poddar había comentado a su terapeuta sus pensamientos homicidas hacia la Srita. Tatiana Tarasoff. El terapeuta informó a la policía local, ésta interrogó al paciente, quien negó cualquier amenaza, dos meses después la asesina con arma de fuego. La corte concluyó que los terapeutas en una situación semejante tienen la obligación de advertir y proteger a las posibles víctimas cuando ésta es identificable en riesgo (23).

Esta actividad legal que empieza a formar parte importante en las funciones del psiquiatra desde hace unas décadas, actualmente se ha generalizado y cualquier profesional de la medicina en México tiene la obligación legal de reportar víctimas y probables casos de violencia, según consta en la Ley General de Salud (24) y recientemente reportar a las víctimas de Violencia Familiar (25).

Una vez en terreno legal precisemos que la normativa de los hospitales psiquiátricos considera estas conductas violentas y sus probables consecuencias como causa urgente de tratamiento e ingreso hospitalario, incluso va más allá, hasta abordar el aislamiento de enfermos con estas características (26).

Desde el origen de la Psiquiatría existió como dice Halleck (27) una relación estrecha entre ésta y los fenómenos de violencia que atribuyó obligadamente al psiquiatra papeles tan variados como “explicador, evitador, pronosticador, terapeuta y rehabilitador, además de evaluador de sus resultados, terapeuta de las consecuencias sobre las víctimas, y agente social en relación con la sumisión al tratamiento o la cárcel”.

Como se desprende de los párrafos anteriores las funciones actuales de la psiquiatría, obligan al profesional a tener un conocimiento profundo de las manifestaciones de violencia en la enfermedad mental, conocimiento que debe integrar la evaluación del riesgo de cometer actos violentos, así como las diversas opciones terapéuticas, de manejo y control de las diversas patologías mentales que presentan dichas manifestaciones.

Abundemos en esas dos encomiendas principales, que son el evaluar el riesgo de violencia y posteriormente señalar las opciones terapéuticas al respecto.

El estudio de la predicción de los actos violentos, de las conductas criminales y de la peligrosidad individual ha sido preocupación de diversas áreas del conocimiento

humano, La Psiquiatría Forense, La Criminología, La Psicología Jurídica etc., han tratado cada una en su particular forma de dar explicaciones a argumentos satisfactorios, pero hasta ahora no existe la posibilidad infalible de predecirlos. Existen trabajos profundos realizados por investigadores relevantes –analiza el Dr. de la Fuente– como los Esposos Glueck que intentaron predecir la delincuencia juvenil en la época de inicio escolar de los niños, mediante tablas que toman en cuenta las condiciones de la vida familiar tales como la clase de disciplina a la que se ven sujetos los niños y la falta de afecto de los padres. El estudio de Singer que analizó la relación entre delincuencia y las configuraciones familiares resaltando aquellos que son muy estrictos al establecer reglas, flojas para hacerlas cumplir y débil para castigar al niño cuando las transgrede. O bien, el trabajo de Abramson basado en la violencia familiar que identifica un padre que ha fallado o dado al niño un trato brutal, etc. (28) Ninguna de estas observaciones explica suficientemente el porqué de los actos violentos y menos aún sirve con certeza como circunstancia totalmente predictiva.

En lo que coinciden los expertos y rescata el Dr. de la Fuente es que aún cuando no hay otra ciencia que esté mejor equipada que la Psiquiatría, para predecir la peligrosidad de los enfermos mentales y de

los delincuentes, sus recursos distan mucho de ser satisfactorios. Entendiendo por peligrosidad esa capacidad para causar daño a otros. La única evidencia es que el dato más importante para juzgar la peligrosidad de un sujeto es su conducta en el pasado, si bien un examen psiquiátrico cuidadoso debe permitir inferir con certeza razonable, si alguien que sufre un trastorno mental es peligroso.

En este orden de ideas Tardiff (29) afirma que cuando un paciente tiene antecedentes de violencia debe determinarse el riesgo futuro. Deben tomarse decisiones relacionadas con la necesidad de hospitalizarlo, el momento oportuno del alta y si es conveniente advertir a una víctima potencial –agrega-, que como ocurre con el riesgo suicidio, debe evaluarse el grado de planificación de la amenaza o la ideación violenta. Al respecto, plantea lo que él llama Predictores Comunes de Peligrosidad para Terceros que: son

factores que deben ser considerados en la evaluación final para determinar si un paciente plantea un riesgo tan importante que requiere intervención. Dichos factores son los siguientes.

### **PREDICTORES COMUNES DE PELIGROSIDAD PARA TERCEROS**

- Intención de perjudicar en grado elevado
- Presencia de una víctima
- Amenazas frecuentes y abiertas
- Plan concreto.
- Acceso a instrumentos de violencia
- Antecedentes de pérdida del control
- Ira, hostilidad o resentimiento crónico.
- Disfrutar al mirar o infligir daño.
- Falta de compasión.
- Considerarse como una víctima.
- Resentimiento hacia la autoridad.
- Brutalidad y privación en la niñez
- Poca calidez y afecto en el hogar
- Pérdida temprana de un progenitor.
- Piromanía, enuresis y crueldad con los animales.
- Actores violentos previos
- Conducir en forma imprudente.

Así mismo Resnick (30) profundiza en la valoración del riesgo de violencia en base a realizar una precisión comparativa de la clínica con la estadística, pero fórmula la *sentencia de que no obligadamente el ser buen clínico significa ser buen predictor*. Retoma, también que el mejor predictor del futuro es el comportamiento pasado. Así derivado del análisis estadístico Resnick propone que existen diversos factores orientadores del riesgo de violencia en el enfermo mental.

### **Factores Demográficos:**

La edad; en donde los picos de violencia se presentan en adolescentes tardíos y en adultos jóvenes. El sexo; en cuanto al porcentaje preciso no existe consenso pero es contundente que el mayor número de casos

violentos es cometido por el sexo masculino: La clase social que predomina en cuanto a violencia callejera es la clase baja. Con respecto a la inteligencia o coeficiente intelectual los individuos que más actos violentos cometen son los que poseen una capacidad límite o por debajo del promedio, situación que va acorde con un menor nivel de educación. El número de estas conductas aumenta considerablemente si existe el antecedente de abuso de drogas y de inestabilidad laboral e inestabilidad domiciliaria.

Renick incide en estos factores y analiza un estudio epidemiológico realizado por Swanson y col. (1990) (31) en el que cerca de 10,000 personas autoreportaron conductas violentas en la comunidad, subrayando la importancia del diagnóstico psiquiátrico y del consumo de drogas, concluyendo que entre mayor sea el número de diagnósticos psiquiátricos mayor será la violencia, que la combinación del abuso de sustancias con la patología grave aumentará el riesgo. Específicamente en la Esquizofrenia indica que un tercio de estos pacientes cuentan con criterios para dependencia o al menos abuso de alcohol y drogas, lo que eleva el riesgo de cometer actos más violentos, como respuesta a esa comorbilidad. En ese sentido, considera que además de evaluar el riesgo de violencia debe tenerse en cuenta ciertos factores de peligrosidad.

Los componentes de Peligrosidad según Resnick son:

- a) Magnitud del daño- Diferencia si la amenaza o supuesta conducta violenta va dirigida a una persona o a sus propiedades, el mayor

- b) número de ataques es contra las pertenencias pero los más graves es hacia las personas como lesiones y homicidio.
- c) Probabilidad de acción. - Se refiere a la oportunidad con que el agresor puede acceder a la víctima, si la amenaza es clara, la víctima identificada, un plan trazado, la peligrosidad es alta. No debe olvidarse el manejo y posesión de armas.
- d) Frecuencia del acto.- Alude al número de veces que se ha realizado el hecho violento, a las características de repetición y a las similitudes de la víctima.
- e) Entre más conductas típicas se han cometido más fácil será realizar otro similar, lo que incrementa la peligrosidad.
- f) Inminencia del acto -Describe la sencillez o complejidad para la realización de la conducta violenta y la situación que la antecede. Por ejemplo el paciente afecto de una psicosis paranoide será más violento en la comunidad que en el hospital, con una acción violenta planeada y está será más grave si va precedida de sentimientos de temor o de ira.

La peligrosidad del supuesto acto o amenaza se determina al analizar por separado cada uno de los factores mencionados y posteriormente enlazarlos en combinación entre ellos, de esta forma un acto será altamente peligroso, si se trata de amenazas de lesión o muerte, por alguien conocido por la víctima y por tanto de fácil contacto que además es un acto que ya ha cometido y si se siente perseguido por la víctima o ésta le genera sentimientos de temor o ira.

En este mismo sentimiento, Resnick describe características específicas individuales para cada patología mental con alto riesgo de violencia, las cuales al ser identificadas permiten predecir el acto violento con un mayor nivel de precisión. Propone los siguientes en diversos trastornos:

a) Psicosis.- Los esquizofrénicos paranoides en la comunidad son más violentos que cualquier otra categoría diagnóstica. Mientras que los pacientes hospitalizados no paranoides tienen mayor proclividad a la violencia. La violencia en los pacientes delirantes paranoides, frecuentemente está bien planeada y sigue el curso del sistema delirante, la violencia va dirigida específicamente a una persona que es vista por el paciente como el perseguidor y en general se trata de familiares o amigos. Los pacientes paranoides delirantes son más peligrosos porque con mayor frecuencia recurren a las armas de fuego. Los esquizofrénicos paranoides cometen crímenes más graves por su habilidad para planear y por su capacidad para retener algunas pruebas de realidad.

Los pacientes psicóticos crónicos desorganizados producen menos actos peligrosos y menos actos planeados.

Existe una alianza de peligrosidad con las alucinaciones imperativas de tal forma que se incrementa cuando los delirios se relacionan con las alucinaciones. Se incrementa la peligrosidad si en la alucinación auditiva la voz es reconocida como familiar, pero reducen si las voces ordenan

Situaciones de riesgo para el paciente ya que se obedecen con menos frecuencia.

En los estados delirantes existe mayor riesgo de violencia que en los alucinatorios. Dicho riesgo se incrementa ante la presencia de síntomas psicóticos específicos como en los pacientes que experimentan miedo por daño inminente como fuerzas externas que controlan su persona o su pensamiento o bien la sensación de que le causarán daño físico. Dentro de los sistemas delirantes existen algunos contenidos que no se asocian con incremento de violencia como son los sentimientos de muerte, de desaparecer o de no existir, así como el robo de pensamiento. Hay mayor tendencia a la violencia si los delirios son persecutorios, sistematizados, procedidos de miedo o enojo y si fueron actuados con anteriores. En el caso de la Erotomanía, por ejemplo. Es más común en hombres que en mujeres. Menos del 5% de erotomaníacos comenten

actos violentos. El acto es más probable que se realice en contra de alguien que se interpone entre la persona amada. La persona amada es el segundo sujeto más común de violencia.

B) Depresión.- La violencia puede resultar cuando el paciente reacciona desproporcionadamente contra otra persona. Los padres pueden matar a sus hijos y posteriormente suicidarse especialmente las madres con hijos pequeños.

C) Manía.- Los pacientes maníacos muestran un mayor porcentaje de conductas amenazantes y ofensivas pero la violencia grave es relativamente rara. Muestra en forma considerable menor criminalidad

que cualquier tipo de esquizofrenia. Son más violentos en cuanto más límites se le imponen.

D) Síndrome de Tensión Premenstrual es asociado con violencia de las esposas hacia sus maridos. Las esposas matan a sus maridos con mayor frecuencia en los 5 días previos a su período menstrual que en los días subsecuentes del mes.

E) Homofobia (pánico homosexual) especialmente en descompensaciones psicóticas.

F) Trastorno por estrés postraumático. Especialmente en veteranos de guerra sucede una mayor incidencia de crímenes violentos desencadenada con mayor frecuencia por abuso de droga.

G) Ciertos rasgos de personalidad como impulsividad, baja tolerancia a la frustración y a la crítica, actos antisociales repetitivos, manejo imprudente de vehículos, egocentrismo y sensación de grandeza, tendencia a las relaciones interpersonales superficiales, actos violentos en episodios paroxísticos, baja capacidad introspectiva, proyectar las dificultades internas hacia el medio, actuar con suspicacia.

A todas luces resulta claro que en el ámbito de la violencia lo acontecido durante la infancia es factor de pronóstico para la vida adulta, aquí mejor que nunca aplica y explica el adagio deportivo de que “el que hoy atrapa, mañana lanza”, para Resnick el considerar ciertos factores durante la infancia matiza el riesgo de actos violentos así como la gravedad de los mismos, y propone los siguientes antecedentes como Factor de la Infancia correlacionados con violencia tardía.

- Brutalidad ejercida por el padre sobre el hijo o hija. Las consecuencias parecen ser diferentes mientras el hijo tiende a ser más agresivo, la hija tiende a ser víctima.
- Fugas y faltas escolares.
- Seducción o abuso sexual de los padres hacia los hijos
- Delincuencia durante la adolescencia.
- Arrestos por agresiones anteriores.
- Hiperactividad en la infancia o problemas graves de la atención.
- Primer hospitalización psiquiátrica cercana a los 18 años de edad.
- La triada de enuresis, piromanía y crueldad con los animales.

De las anteriores, entre más factores existan como antecedentes biográficos el riesgo de violencia es mayor y sobre todo la violencia que se ejerció sobre el sujeto evaluado y ciertas características de los actos violentos por él cometidos como son la frecuencia de esos actos, el tipo de actos más violento y analizar las características de cada acto violento por separado con el objetivo de enlistar coincidencias que muestren un patrón de actuación.

Así mismo es importante obtener información colateral del evaluado procedente de parientes, conocidos o testigos que precisen detalles de los actos violentos, incluso de la propia víctima, con el mismo objetivo de predecir un patrón de actuación. En este aspecto es importante considerar que ese patrón cuenta con sus propias características, por ejemplo.

- La violencia puede ocurrir sólo en episodios psicóticos agudos.

- El acto violento puede desencadenarse por una condición interpersonal en la que disminuye la auto-estima del paciente.
- El conflicto entre las actitudes egodistónicas y los egosintónicas apoyan el episodio violento.
- Diferenciar entre la violencia afectiva y la predatoria, esta última como rasgo de los caracteres psicopáticos, la cual es extremadamente peligrosa sobre todo porque no existen conductas que la presagien.
- Evaluar el autocontrol del paciente sobre todo de aquellos que no descargan día a día la ira o la frustración y que al acumularla en forma impulsiva pueden cometer un homicidio.
- Identificar signos neurológicos claves como cefalea, alteraciones de la conciencia y conductas repetitivas relacionadas con violencia.
- La existencia de un patrón de violencia familiar o no familiar o de ambos. En caso de violencia familiar tiende a ser menos grave pero más frecuente en el caso de familiar de pacientes psiquiátricos.
- Los ataques de pánico esta asociados, con algunos casos de violencia. La impulsividad puede preceder dichos ataques, y con frecuencia no obstante el daño producido es involuntario.
- Evaluar el uso de drogas y alcohol. Considerar que las anfetaminas, el PCP y el alcohol disminuyen el autocontrol, los estimulantes predisponen a la violencia a través de la desinhibición, grandiosidad y paranoia.
- Cuestionar acerca de la posesión de armas. La única diferencia entre lesiones y homicidio es la letalidad del arma usada. La adquisición reciente de un arma puede significar incremento de la paranoia.
- Es necesario revisar los registros criminales y considerar la edad del primer arresto ya que predice una alta relación la persistencia de conductas violentas; entre más joven mayor riesgo.

La existencia de 4 arrestos crea una probabilidad de 80% de que en breve exista un 5to. arresto. En relación con antecedentes de ingresos institucionales se afirma que

diez o más hospitalizaciones psiquiátricas aumentan la probabilidad de violencia al futuro. Si existe el antecedente de fuga o evasión de alguna institución se relaciona directamente con actos violentos.

- En los antecedentes laborales debe investigarse la frecuencia de los trabajos y causas de la terminación.
- Antecedentes de agresión sexual, al realizar un interrogatorio detallado el FBI encontró que el 76% de los violadores sexuales fue objeto de abuso sexual.
- Como puede observarse, los datos predictores de violencia son múltiples y diversos, por lo que el psiquiatra evaluador está obligado a realizar entrevistas extensas y profundas y si la situación particular del caso le permite, realizar entrevistas en diferentes momentos y
- comparar los resultados obtenidos. Con el fin de facilitar el agrupamiento de datos, Resnick clasifica esos factores de riesgo, en base a la posibilidad de ser modificados por algún tipo de intervención, por ejemplo terapéutica, con el objetivo final de toma de decisiones. Así considera que existen dos tipos de factores:

a) Los dinámicos en donde el sujeto es susceptible de cambio por intervención, tratamiento o por estar en una situación controlada; por

ejemplo en residencia custodiada, vigilancia al acceso de armas o a las drogas o estar bajo supervisión provisional.

b) Los estáticos: son factores no sujetos a cambio por ningún tipo de intervención, como lo son los antecedentes demográficos, de violencia, haber sido sujeto de abuso sexual o de maltrato.

Debemos destacar que según el autor multicitado, tanto el abuso sexual como el maltrato físico infantil son marcas permanentes en la conducta violenta del adulto, difícilmente modificables por atención terapéutica, pero existen otros que discrepan y afirman que sí se produce mejoría en distintos niveles. Así Holloway (32) opina que hay

varios métodos de tratamiento en relación a los delincuentes sexuales y propone a la terapia cognitivo-conductual como una de las mejores opciones, sobre todo a la prevención de recaída, incluso sugiere puede realizarse en la comunidad o dentro de las instituciones (prisiones, hospitales especiales).

Por otra parte Zachary (33) considera que existen pocos lugares en los que se puede ofrecer un buen tratamiento a los agresores sexuales, ya

que la tendencia actual es castigar y no tratar, en ese tenor recomienda que sólo con interpretación psicoanalítica y un tratamiento individual a largo plazo de estas alteraciones psicológicas se puede esperar aproximarse a la curación.

En esa línea Welldon (34) afirma que la violación es un problema intergeneracional, los que la cometen han sido dañados en la infancia por ataque perpetrado contra de ellos, comúnmente por sus padres y en menos grado por otros adultos. Situación que produce daño emocional inmediato y que al llegar a adultos se puede manifestar en características psicopatológicas como perversiones o parafilias y en violación contra niños; en cualquier caso el individuo presenta grandes dificultades a los psiquiatras para su tratamiento, el cual con frecuencia ha sido considerado, en el mejor de los casos, insatisfactorio, y en el peor, imposible, por ello –propone- a la psicoterapia analítica de grupo como frecuentemente la mejor forma de tratamiento en el caso de violación sexual.

No obstante la diferencia de opiniones y el optimismo terapéutico de algunos profesionales, la Psiquiatría en general y la psiquiatría Forense en particular debe ampliar su campo de estudio para el abordaje integral de estos pacientes, debido a los fenómenos contratransferenciales que generan, desde la misma evaluación predictoria hasta el propio tratamiento, cualquiera que éste sea. Para ello y con el propósito de agotar el tema de la predicción de peligrosidad, rescatamos las normas que Resnick recomienda en una valoración común de peligrosidad.

- Observar una baja empatía por el otro asociado con enojo.

- Dar credibilidad a los propios sentimientos subjetivos en la evaluación de peligrosidad.
- Recordar que las conductas previas al acto violento incluye ataque verbal,
- incremento en el volumen de la voz, amenazas, juramentos y acercamiento físico incomodo.
- Intentar acercamiento con el paciente en evaluación con actos tales como ofrecerle comida.
- Tomar todas las amenazas seriamente y dilucidar los detalles.
- Con pacientes paranoides preguntarle acerca de que haría si fuera confrontado con un posible perseguidor
- Tener cuidado de la "intencionalidad premeditada".
- Evaluar en los pacientes tanto el sobrecontrol como el bajo control que en algunas ocasiones los lleva al homicidio.
- Hacer una evaluación cuidadosa de la futura víctima.
- Valorar cuidadosamente el riesgo suicida en pacientes que han hecho una amenaza homicida.

Para concluir con el tema de la evaluación del riesgo de violencia precisemos que el clínico debe caminar con prudencia al observar la línea entre la protección de la sociedad y la máxima libertad de los pacientes; y que no importa en donde se dibuje la línea, el psiquiatra será criticado.

Al hilo de lo anterior y siguiendo a Mc. Niel (35) el rol que tiene la violencia o la posibilidad de violencia no es tan importante en situaciones cruciales como sería la decisión de ingresar al paciente en un hospital psiquiátrico, ya que el diagnóstico y la severidad de los síntomas ocupan mayor relevancia en la toma de esa decisión, por una parte se debe a que la conducta violenta puede ser mitigada con la atención prestada en el servicio de urgencias. No obstante se observa una ligera diferencia –mayor- en cuanto al ingreso del paciente violento al no violento. Al respecto podemos agregar que el contexto en el que se desarrolla el ingreso hospitalario se asocia también a un mayor

riesgo de violencia. No se debe dejar de lado que el 50% de los episodios de violencia se producen en la primera semana del ingreso, que ésta es más frecuente en pacientes ingresados de forma involuntaria y en centros de atención para pacientes agudos. Recordar que los conflictos con el personal u otros pacientes pueden actuar como precipitantes.

Actualmente una de las cuestiones más importantes de la Psiquiatría es sin duda, el Internamiento Psiquiátrico, es decir el acto indicado por el médico orientado a posibilitar la aplicación de medidas diagnósticas, terapéuticas y rehabilitatorias intensivas o a separar transitoriamente al enfermo de su medio como medida de protección para él o con los que convive, Hays agrega (36) que debe considerarse a la hospitalización continua como un paso en la carrera de rehabilitación y reinserción del enfermo mental.

Habitualmente, un internamiento psiquiátrico se produce en casos de trastorno psíquico agudo, con incidencia claramente perturbadora de la conducta a nivel social y expectativa terapéutica positiva en breve plazo. La admisión del enfermo se establece de urgencia. Por lo que consideramos, siguiendo al Dr. Caso (37) cuando aborda semiológicamente la violencia, y especifica que todo el entorno conductual suele apreciarse desde la actitud, como la tendencia caracterológica, como la voluntad y la ejecución de actos; por tanto definió que en Psiquiatría, la violencia es la manifestación abierta, casi siempre física, de la agresión.

Esa perturbación de la conducta manifestada por actos violentos dirigidos hacia el mismo paciente o hacia los que con él conviven es lo que obliga al clínico, con frecuencia, a decidir por el ingreso hospitalario.

En esa línea y teniendo en cuenta el consentimiento o autorización del enfermo, son dos las formas por las que puede quedar ingresado en una institución psiquiátrica y me refiero al Internamiento Voluntario y el Involuntario. (38)

El internamiento voluntario es aquel en el que el propio enfermo pide ser admitido, acepta y da su consentimiento a una propuesta hecha por un psiquiatra. Para lo cual es exigible que exista una enfermedad que desde la óptica clínica y ética justifique dicha medida y que el internamiento tenga una finalidad terapéutica.

El internamiento involuntario son aquellos que se llevan a efecto por la decisión de otras personas diferentes al propio enfermo, bien por la incapacidad del mismo para consentir o bien por rechazar explícitamente una medida asistencial, y que sin embargo es considerada como necesaria. En estos casos la atención psiquiátrica suele ser solicitada por la familia cercana, el tutor legal, otros médicos o alguna autoridad judicial.

El planteamiento del internamiento debe hacerse tras establecer un diagnóstico de una enfermedad psíquica grave o riesgo y peligrosidad para él o los demás y en la necesidad de tratamiento psiquiátrico, el cual no se puede llevar a cabo en otras condiciones.

La normativa legal mexicana (26) establece que el ingreso podrá ser voluntario, involuntario u obligatorio y se ajustará a los procedimientos siguientes:

El ingreso voluntario requiere la solicitud del usuario y la indicación del médico a cargo del servicio de admisión de la Unidad, ambos por escrito, haciendo constar e motivo de la solicitud e informando a sus familiares o a su representante legal.

El ingreso involuntario se presenta en caso de usuarios con trastornos mentales severos, que requieren de atención urgente o representan un peligro grave o inmediato. Requiere la indicación de un psiquiatra y la solicitud de un familiar responsable, tutor o representante legal, ambos por escrito. En caso de extrema urgencia, un usuario puede ingresar por indicación escrita del médico a cargo del servicio de admisión deberá notificarse al Ministerio Público del domicilio del usuario y a las autoridades judiciales, todo internamiento involuntario y su evolución.

El ingreso obligatorio se lleva a cabo cuando lo solicita la autoridad legal competente, siempre y cuando el paciente lo amerite de acuerdo con el examen médico psiquiátrico.

Así el internamiento involuntario, tan cuestionado por la sociedad civil, sobre todo la ajena a la medicina cumple con su función protectora más que represiva. Con ese fundamento Alan Stone, profesor de Psiquiatría Legal en la Universidad de Harvard elaboró lo que llamó "Thank you theory of civil commitment" (39) que supone un procedimiento de cinco requisitos que, de cumplirse, argumentan a favor del internamiento involuntario. El primer paso exige el establecimiento de un diagnóstico de enfermedad mental severa. El segundo paso es establecer que el pronóstico se ensombrece a corto plazo si no se lleva a cabo el tratamiento en internamiento. El tercer paso implica que el hospital que interna ofrezca el tratamiento efectivo para dicho padecimiento. El cuarto supone que la enfermedad diagnosticada altera la capacidad del sujeto de objetar racionalmente a lo que le sucede y al tratamiento ofertado. El quinto paso compromete al usuario y busca la aceptación del tratamiento propuesto por el ciudadano común.

En resumen si consideramos como procedentes los cinco pasos anteriores podemos tener la seguridad que el internamiento en contra de la voluntad de ese individuo en particular cumple con los requisitos éticos, técnicos, científicos y legales que norma la práctica psiquiátrica y que el internamiento verdaderamente surtirá efectos positivos.

## JUSTIFICACIÓN

En nuestro país, la violencia es un fenómeno social poco reconocido como un problema de salud pública. Esto se debe a que la violencia y sus repercusiones en la salud son temas que a pesar de haber sido abordados desde las ciencias sociales y las de la salud, sigue planteando interrogantes y persistiendo limitaciones de orden teórico, metodológico y práctico que obstaculizan la investigación de este campo como el desconocimiento de la salud / enfermedad mental, sus diversas manifestaciones, así como las repercusiones individuales, familiares y sociales.

En mi transcurrir de médico psiquiatra en ciernes, he tenido contacto frecuente con situaciones en las que se involucran pacientes violentos, diagnosticados principalmente en términos de psicosis ó trastornos orgánicos los cuales están considerados en los manuales nosograficos que se emplean en la actualidad. Así la violencia suele determinar la conducta a seguir por parte del clínico asignado al servicio de urgencias específicamente al que atiende al paciente agudo y su cuadro de violencia, ya que de acuerdo a la NOM 025 SSA2 deberá incluirse el empleo de recursos terapéuticos, biológicos, psicológicos así como el manejo intra hospitalario o ambulatorio.

El conocer la incidencia y frecuencia de la violencia resultará de utilidad en nuestro ejercicio de la psiquiatría y redituará en ampliar las perspectivas y/o alternativas de manejo del paciente violento previa certeza diagnóstica.

**PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:**

En el servicio de urgencias del Hospital Psiquiátrico " Fray Bernardino Álvarez", se observa con frecuencia la llegada de usuarios por causas asociadas a actos violentos, lo que condiciona que el personal que lo evalúa se predisponga y realice el ingreso hospitalario, sin considerar otros factores determinantes como el diagnóstico del paciente, la causa que motiva la violencia y la desinformación del familiar hacia el médico. Este trabajo intenta aportar mayor información al respecto.

## **OBJETIVOS**

- 1.- Describir la frecuencia de las diferentes formas de agresión en una muestra de sujetos admitidos por dicha causa en el HPFBA.
2. - Describir la frecuencia de las diferentes categorías diagnósticas de la CIE- 10 entre pacientes que fueron ingresados con alguna forma de violencia.
- 3.- Analizar la relación entre niveles de agresión y los diagnósticos psiquiátricos de acuerdo al CIE10.
- 4.- Analizar la relación entre eventos agresivos y las variables demográficas y clínicas estudiadas.

## METODOLOGIA

### a) Diseño

Se llevó a cabo un estudio de observación transversal.

### b) Universo y muestra

En una muestra no probabilística, tipo censo, se evaluaron todos los ingresos a hospital en el servicio de urgencias del Hospital Psiquiátrico " Fray Bernardino Álvarez" , cuyo motivo de internamiento fuese alguna forma de agresión. Dichos casos fueron considerados elegibles para la investigación.

### c) Criterios de Selección.

Los criterios de inclusión son:

\*Edad igual o mayor de 18 años.

\*Ambos sexos.

\*Presencia de violencia dentro del cuadro clínico descrito y que amerite hospitalización.

\*Consentimiento del paciente y/o sus familiares de la participación en nuestro estudio.

### d) Variables e instrumentos

Las Variables que serán comprendidas en el presente estudio son:

\* Agresión: Escala de Agresión Explícita.

El instrumento a utilizar es: la Escala de Agresividad explícita. Esta es una escala de síntomas que mide la severidad de la conducta agresiva por medio de la observación y

descripción de signos y síntomas de los episodios de agresividad de los pacientes en el momento y es aplicada por médicos preferentemente. Esta escala consta de cuatro categorías 1) Agresividad verbal, 2) Agresividad contra objetos, 3) Auto agresión y 4) Agresión Física Heterodirigida. En cada una de estas categorías existen cuatro grados de severidad para calificar la conducta agresiva; también son medidos los episodios de agresividad del paciente promedio del tiempo de duración y el turno en que se presenta está conducta así como el tipo de intervención utilizada por el médico o personal del equillo ( ninguna; entrevista con el paciente, vigilancia estrecha; contener al paciente; Medicación inmediata vía oral; medicación inmediata por inyecciones; sujeción gentil; otras), en respuesta al grado de severidad que presentó al paciente.

Para la validación de la EAE se aplicó en el servicio de Psiquiatría Pediátrica en el Instituto Psiquiátrico de New York y en el servicio de cuidados intensivos del centro Psiquiátrico de Middletown, N.Y. fue aplicada por 2 enfermeras en forma independiente y simultánea en cada episodio agresivo así como el tipo de intervención requerida (40). La versión original fue de 4 páginas y después se condensó en una página, esta última también fue valida mediante la misma metodología en otro centro Psiquiátrico en Creedmoor, N.Y. ( 40).

En conclusión la EAE es fácil , completa y confiable para medir eventos agresivos . Por lo que es posible su aplicación rutinaria en los diferentes servicios de atención psiquiátricos.

Mac Niel y Binder aplicaron la EAE en un estudio donde se incluyeron 149 pacientes psiquiátricos con el antecedente de ataque físico durante su admisión y durante su primera semana de hospitalización en una unidad hospitalaria, la escala fue aplicada por enfermeras y médicos por separada pero simultáneamente a cada paciente y en cada evento agresivo se reportó un moderado acuerdo entre enfermeras y médicos acerca de la evaluación del riesgo de agresividad. El nivel de riesgo de actos violentos fue predecible, presentando una estrecha relación entre la estimación clínica del riesgo de violencia en determinados pacientes y la presencia de conductas agresivas

posteriores. Resultados que aportan una confiabilidad y validez a corto plazo de la estimación del riesgo de violencia de los pacientes hospitalizados evaluados con la EAE (41).

\* Diagnóstico Clínico: Diagnostico de acuerdo al CIE- 10

\* Variables clínicas y demográficas.

e) Procedimiento.

Previa autorización para llevar a cabo el proyecto por parte de las autoridades hospitalarias. El investigador principal procedió a la búsqueda de casos en el servicio de urgencias del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez". Se revisaba diariamente el registro de los pacientes y aquellos que habían sido ingresados por haber cometido algún evento agresivo eran contactados para evaluación. Una vez detectados y que el paciente o los familiares aceptaban participar en el proyecto se procedía a la recolección de los datos. Se les preguntaban los datos generales demográficos, los datos diagnósticos y se les aplicaba la escala de agresión explícita.

f) Análisis Estadístico.

Se procedió en primer término a la descripción general de variables utilizando frecuencias y porcentajes para variables discretas y medias y porcentajes para variables continuas. Como prueba de hipótesis se utilizó en análisis de varianza de una vía con corrección de bonferroni, la prueba T de Student y como correlación la r de Pearson.

## RESULTADOS

Se incluyeron un total de 50 sujetos, 35 (70%) del sexo masculino y 15 (30%) del femenino, con un promedio de edad de  $33.1 \pm 11.2$  años. Los eventos agresivos se presentaron en el turno matutino en 19 (38%) sujetos, en el vespertino en 22 (44%) sujetos y en el nocturno en 9 (18%) sujetos.

En la tabla #1 que se muestra a continuación se muestra la distribución diagnóstica de toda la muestra estudiada.

DIAGNÓSTICO	N	%
ENFERMEDAD DE ALZHAIMER	2	4
T. ESQUIZOFRENIFORME ORGANICO	1	2
T. ESQUIZOAFECTIVO	1	2
T. ORGANICO DE LA PERSONALIDAD	1	2
TMC SEC ABUSO DE ALCOHOL	1	2
INTOXICACIÓN ETÍLICA	2	4
TMC SEC A ABUSO DE COCAINA	1	2
TMC SEC A FARMACODEPENDENCIA MULTIPLE	14	28
ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	19	38
T. BIPOLAR EN FASE MANIACA	6	12
T. DISOCIAL DE LA PERSONALIDAD	1	2
T. DE IMPULSIVIDAD TIPO LIMITE	1	2
TOTAL	50	100

Con fines de diagnóstico, las categorías arriba mencionadas fueron reclasificadas en 4 grupos, excluyéndose 2 casos con trastorno de la personalidad que era imposible asimilar en alguna categoría a fin. Los grupos fueron:

a) Trastornos Mentales Orgánicos	5
b) Trastornos relacionados con el consumo de sustancias	18
c) Esquizofrenia y esquizoafectivo	19
d) Trastornos afectivos bipolares	<u>6</u>
Total	48

### a) Descripción del Tipo y Severidad de la Agresión.

En las tablas #2 a la #5 se ilustra la distribución de frecuencia con que cada una de las formas de agresión se presentó en los pacientes y su nivel de severidad

Tabla 2. Niveles de Agresión verbal.

Nivel	n	%
Hace mucho ruido, grita con enojo	19	38
Grita con insultos personales leves, por ejemplo "Eres un estúpido".	8	16
Maldice repetidamente, usa un lenguaje altisonante cuando se enoja, hace moderadas amenazas a otros o a él mismo.	8	16
Hace claras amenazas de violencia hacía otros o hacía el mismo (" Te voy a matar") o pide ayuda para controlarse.	15	30

Tabla 3. Niveles de Agresión Contra si mismo.

NIVEL	N	%
Se pica ó se araña la piel, se golpea, se jala el cabello ( sin ningún o solamente un mínimo de daño)	26	52
Se golpea la cabeza, golpea los puños contra objetos, se avienta al suelo o contra objetos ( se lastima sin daños serios)	8	16
Pequeñas raspaduras o cortaduras, quemaduras menores	11	22
Se mutila él mismo, se causa cortadas profundas, mordeduras que sangran, daños internos, fracturas, pérdida de conciencia, perdida de dientes.	5	10

Tabla 4. Niveles de Agresión Contra objetos.

<b>NIVEL</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Da portazos, tira la ropa, hace tiraderos	18	36
Avienta objetos , pateo muebles sin romperlos, pinta las paredes.	8	16
Rompe objetos, quiebra ventanas	14	28
Prende fuego, avienta objetos peligrosamente	10	20

Tabla 5. Niveles de Agresión física contra otras personas.

<b>Nivel</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Hace gestos amenazadores, gira en torno a personas, jalones a la ropa.	12	24
Golpea, pateo, empuja o jala el cabello ( sin ningún daño a los demás).	11	22
Ataca a los demás causando daños de leve a moderada consideración( raspaduras, hematomas, torceduras).	15	30
Ataca a los demás causando severo daño físico ( huesos rotos, profundas laceraciones, daños internos).	12	24

El número de sujetos entre los que se utilizaron las diferentes formas posibles de control de la agresión se ilustran en la tabla #7

ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA

Tabla #7. Numero y Porcentaje de sujetos en los que se utilizaron las maniobras para diluir la crisis de agresividad.

Maniobra	Si n (%)	No n (%)
Ninguna		50 (100%)
Entrevista con el paciente	19	38
Vigilancia Estrecha	32	64
Contener al paciente	23	46
Medicación in mediata vía oral	28	56
Medicación inmediata parenteral	9	18
Sujeción gentil	11	22
Otras	44	88

b) Contrastes entre diagnósticos.

Como era esperado, el grupo de los trastornos mentales orgánicos (donde se incluyen demencias) tuvo una edad significativamente mayor que el de los consumidores de sustancias (  $F 4.14$ ,  $gl 3, 44$ ,  $p= 0.03$ )

## CONCLUSIONES

- 1.- Considerando el Hospital Psiquiatrico "Fray Bernardino Alvarez" es para enfermos ácidos , las diferencias presentadas entre los individuos evaluados son mínimas ya que se trata de cuadros agudizados ó criticos casi todos manifestados por cuadros violentos.
- 2.- Los actos violentos son más frecuentes en el sexo masculino.
- 3.- La mayor frecuencia de actos agresivos son al inicio de la cuarta década de la vida, no obstante en el mayor número de pacientes se inició la enfermedad una ó dos décadas antes.
- 4.- No existe diferencia significativa en el horario ( Matutino, Vespertino y Nocturno) en que se comete los actos agresivos, pero es claro que el paciente es llevado para recibir atención con mayor frecuencia en el turno vespertino, al parecer por la disponibilidad (ocupación) de los familiares responsables.
- 5.-En cuanto a frecuencia por diagnóstico se corrobora lo que la literatura médica universal plantea, las Esquizofrenias son las patologías con mayor riesgo de agresión, seguidas muy de cerca de las relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas.
- 6.- En cuanto a niveles de agresividad verbal; al gritar y hacer ruido en forma disruptiva fue por mucho la acusa más común que ocasiono el acudir a urgencias, seguida casi inmediateamente por la amenaza de lesión ó muerte, y en menor lugar las insultos a personas y el lenguaje altisonante. Lo anterior puede indicar que el solicitar la atención urgente es medida evitativa de actos violentos más graves.
- 7.-En referencia al nivel de agresión contra sí mismo, hay una gran diferencia en la presencia de lesiones ó golpes menores, disminuyendo la frecuencia en proporción inversa a la gravedad de la lesión ( Mutilación).

8.-De la agresión contra objetos se desprende por la más frecuente el dar portazos ó hacer "tiraderos", seguida de la destrucción de objetos y luego de arrojar peligrosamente ó prender fuego a los mismos. Lo que puede implicar que el enfermo mental agresivo va rápidamente de la amenaza a la destructividad.

9.-En la agresión física contra otras personas lo frecuente es la producción de daño leve a moderados (Raspaduras y torceduras). Nos obstante no existe diferencia entre los gestos amenazadores y las lesiones severas. Lo anterior puede indicar lo impredecible de la conducta violenta en la enfermedad mental producto de la propia psicopatología y de la relación con el individuo agredido.

## SUGERENCIAS

De este trabajo se desprende la conveniencia de analizar en cada categoría diagnóstica los indicios de agresión propias de cada una, con el interés de distinguir las características específicas en las enfermedades mentales, integrando probablemente un catálogo individual a manera de patrón conductual.

También convendría hacer un análisis del porqué la familia no reporta ante autoridades competentes la situación de violencia ocurrida en el medio doméstico, hasta que esta es insostenible o irremediable.

Proponemos que se debe principalmente a los lazos afectivos familiares y el deseo de no perjudicar al paciente, además del desconocimiento del manejo y control de acuerdo de agitación ó de agresión que favorece lo anterior y no solo mantiene sino que genera mayor violencia.

## B I B L I O G R A F Í A

- 1) Michel Foucault. La Vida de los Hombres Infames. Genealogía del Poder Nº 18, Ediciones la Piqueta. Madrid 1990.
- 2) Yo Pierre Riviere, habiendo degollado a mi madre, mi hermana y mi hermano. Michel Faucault. Tusquets Editores España 1970.
- 3) Michel Foucault La Evolución de la Noción de "Individuo Peligroso" en la Psiquiatría Legal. Genealogía del Poder Nº 18, Ediciones la Piqueta, Madrid 1990.
- 4) Jean Etienne D. Esquirol. Memorias sobre la locura y sus variedades. Colección Clásicos de la Psiquiatría. Dorsa Ediciones. Madrid 1991.
- 5) Charles Darwin. Teoría de la Evolución de las Especies. Edición Grandes Pensadores. Madrid 1988.
- 6) Konrad Lorenz. Sobre la Agresión: el pretendido mal 15ª edición, Siglo XXI Editores México 1986.
- 7) Erick Fromm. Anatomía de la Destructividad Humana. 13ª Edición, Siglo XXI Editores México 1989.
- 8) Jairo Muñoz Delgado, Carlos Serrano Sánchez (compiladores). Primates, evolución e identidad humana. Publicaciones del Instituto Mexicano de Psiquiatría. México 1999.
- 9) Leonard Berkowitz. Agresión. Causas, consecuencias y control. Editorial Desclée de Brower. España 1996.
- 10) José Luis Ayuso Gutiérrez. Biología de la conducta agresiva y su tratamiento. Salud Mental. Número Especial 1999 I.M.P.
- 11) Harold J. Kaplan y B. J. Sadock. Tratado de Psiquiatría VI Sexta Edición. Editorial Interamericana Vol. I y III 1997.
- 12) Buss .A.M. Agression . Singer the control of aggression and violence, New York . Academic Press, 1971.
- 13) Y. Bespali de Consens. Violencia, Furia y Muerte. Psiques (México) Vol. 4 Nº 3, 1995.

- 14) Martha Cecilia Hajar Medina y Cols. Violencia y Lesiones. Salud Mental V15. N° 1, marzo de 1992.
- 15) Santiago Genovés. Violencia, Evolución Genética y Sociedad. Conacyt. Revista de Psicología N° 18 Julio – Agosto de 1993
- 16) Alfredo Tecla Jiménez. Antropología de la Violencia. 2ª Edición. Ediciones Taller Abierto. México 1999.
- 17) Anthony Storr. La Agresividad Humana. Alianza Editorial Madrid 1991.
- 18) Ramón de la Fuente M. La Agresividad. Cuadernos de Psicología Médica y Psiquiátrica. Facultad de Medicina UNAM, 1988
- 19) Luis Rodríguez Manzanero. Criminología. Ed. Porrúa. México 1988
- 20) J. Cabrera Forneiro. JC. Fuertes Rocaña. La Enfermedad Mental ante la Ley. Editorial Libro del Año. Madrid 1994.
- 21) J. Marcó Ribé. J.L. Martí Tusquets. Psiquiatría Forense. Editorial Salvat, Barcelona 1990.
- 22) Fco. De la peña. Violencia en los jóvenes. Boletín del Instituto mexicano de Psiquiatría. Octubre 1999.
- 23) Gwen Adshecd. Obligaciones de los Psiquiatras: ¿ Tratar al paciente o proteger a la sociedad? Jornal of Continuing Professional Development. The Royal College of Psychiatrists Vol. 5 Núm 5, Marzo 2000 (Ed. Méx.)
- 24) Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección de Servicios de Atención Médica Artículo 19 Fracción V. 14ª Edición Editorial Porrúa México 1997
- 25) Norma Oficial Mexicana 190-SSA1-1999 Prestación de Servicios de Salud. Criterios para la Atención Médica de la Violencia Familiar. Numeral 6.15.
- 26) NOM 025-SSA2-1994 Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención intra hospitalaria médico psiquiátricas.
- 27) Halbeck SL. Law in the frache of psichyatry. Plenum Medical. New York 1980. Citado por Ordóñez A. An Psiquiatría. ( Madrid) Vol 10 No. 3 pp 135-139. 1994.
- 28) De la Fuente M . R. Delincuencia y patología mental . Cuardenos de Psicología médica y Psiquiatría. Dept. De Psiquiatría y Salud mental U.N.A.M. 1987.
- 29) Kaplan H.J. Sadoks B. Tratado de Psiquiatría . Ed Interamericana 6ta. Edición. Argentina 1997.

- 30) Resnick Phillip J." Risk Assessment for violence in Mental Patients the epidemiologic Catchment Area Surveys".WPA Thematic Conference on legal and Forensic Psychiatry Medical, 23- 26. Junio 2000.
- 31) Swanson J.W et al " Violence and Psychiatric Disorder in the Community Evidence from the epidemiologic catchment Area surveys".Hospital and Community Psychiatry. 41:761-770. 1990.
- 32) Holloway Josanne. Control de los delincuentes.....adultos.Journal Of. Continuing Professional Development. The Royal College of Psychiatrists. V, No 2, Marzo 1998. Edición en Español. 8-13 pp.
- 33) Zachary Anne. Psicoterapia Psicoanalítica individual por delincuentes sexuales. pp. 14- 17.
- 34) Weldon Estela. Terapia de grupo por Víctimas y perpetradores de incesto. 18-23 pp.
- 35) Mc Niel ,Dale E, Myer,Zeiners et al. The Role of Violence in decisions, About Hospitalization From the Psychiatric Emergency Room. Am. J. Psychiatry 149-2, February, 1992.
- 36) Hays Peter. Nuevos Horizontes de la Psiquiatría. Ediciones Punto Omega, Ed. Labor. Madrid 1975
- 37) Caso Agustín. Psiquiatría Médica.
- 38) Carrasco Gómez SS. Responsabilidad Médica y Psiquiatría. Editorial Colex. Madrid 1990.
- 39) Calcedo Ordoñez. En torno al Internamiento Psiquiátrico. Actas Luso – Espa. Nevol. Psiquiatr. 16.1 (59-62), 1988 (Stone A.A. Mental Health and Law. A system in transition. Joson Aronson – New York 1976)
- 40) Yudofsky SC. Silver. Jakson W, Endicott J. Williams D. The Overt Aggression Scale The Objective Rating Of verbal and Physical Aggression. An Journal of Psychiatry, 143,1, 35-39. 1986.
- 41) Mac Niel DE. Binder RL. Clinical Assessment of the Risk of Violence among Psychiatric Inpatients. An Journal Of Psychiatry 148, 1317-1321, 1991.

## ESCALA DE AGRESION EXPLICITA

Nombre del Paciente -----Evaluador -----

Sexo Masculino ( )  
Femenino ( )

Fecha--/--/--/(día/mes/año)  
Turno:Mañana--Tarde--Noche--

Sin incidentes agresivos (verbales o físicos) en contra de él mismo , de otros o de objetos durante el turno ( )

### COMPORTAMIENTO AGRESIVO (Evaluar todo lo aplicable)

#### Agresión Verbal

- Hace mucho ruido, grita con enojo.
- Grita con insultos personales leves por ejemplo "Eres un estúpido".
- Maldice repetidamente, usa un lenguaje altisonante cuando se enoja, hace moderadas amenazas a otros o a el mismo.
- Hace claras amenazas de violencia hacia otros o hacia él mismo ("Te voy a matar") o pide ayuda para controlarse.

#### Agresión Física en contra de él mismo

- Se pica o se araña la piel , se golpea, se jala el cabello(sin ningún o solamente un mínimo de daño)
- Se golpea la cabeza, golpea los puños contra objetos, se avienta al suelo o contra objetos(Se lastima sin daños serios).
- Se Mutila él mismo, se causa cortadas profundas mordeduras que sangran, daños internos, fracturas, pérdida de conciencia, pérdida de dientes.

#### Agresión Física contra objetos

- Da portazos ,tira la ropa, hace tiraderos.
- Avienta objetos, pateo muebles sin romperlos, pinta paredes.
- Rompe objetos, quiebra ventanas.
- Prende fuego, avienta objetos peligrosamente.

#### Agresión Física contra otras personas

- Hace gestos amenazadores, gira en torno a personas, jaloneos a la ropa.
- Golpea,patea,empuja o jala el cabello(sin ningún daño a los demás).
- Ataca a los demás causando daños de leve a morada consideración(raspaduras,hematomas,torceduras).
- Ataca a los demás causando severo daño físico (Huesos rotos,profunda laceraciones, daño internos).

Hora en que comenzó el incidente --a.m.  
p.m

Duración del incidente----:----(hr.min)

### INTERVENCIONES (Checar todo lo que ocurra)

- Ninguna
- Entrevista con el paciente
- Vigilancia Estrecha
- Contener al paciente

- Medicación inmediata vía oral
- Medicación inmediata parenteral
- Sujeción gentil
- Otras (Especificar)

### COMENTARIOS