

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.
FACULTAD DE MEDICINA.
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO "FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ"

Tesis
Para Obtener el Diploma de Especialización en Psiquiatría.

Título:
**Frecuencia de Trastornos Psiquiátricos en Internos Homicidas
del Centro Varonil de Readaptación Psicosocial (CEVAREPSI).**

Autor:
Dra. Gabriela Cruz Ares

Tutor Teórico:
Dr. Fernando López Munguía.
Hernández

Tutor Metodológico:
Dr. Fernando Corona

México D.F. marzo de 2010.



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.

Frecuencia de Trastornos Psiquiátricos en Internos Homicidas del Centro Varonil de Readaptación Psicosocial (CEVAREPSI).

	Página
Resumen	3
1. Antecedentes.	4
1.1 Introducción	4
1.2 Marco Teórico	6
1.2.1 El Trastorno Mental.	6
Concepto Clínico	6
Concepto Legal	6
1.2.2 Relación del Trastorno Mental y la Ley	7
1.2.3 El Derecho Penal.	7
1.2.4 El Derecho Procesal Penal.	8
1.2.5. El Enfermo Mental y el Delito.	8
1.2.5.1 El Enfermo Mental y el Homicidio.	10
1.2.6 La Inimputabilidad.	11
1.2.7 Antecedentes en México	12
1.2.8 El Delito en Números.	16
1.2.9 El CEVAREPSI	18
1 Proyecto de Investigación.	22
1.1 Justificación.	22
1.2 Objetivos.	22
1.3 Hipótesis.	22
1.4 Tipo de estudio.	23
1.5 Criterios de inclusión y exclusión.	23
1.6 Material y Métodos.	23
2.7 Análisis de datos.	24
2.8 Resultados.	24
2 Conclusiones.	33
4 Discusión.	34
5 Bibliografía.	37

RESUMEN

Antecedentes: En México no existen estudios realizados respecto a la relación entre enfermedad mental y homicidio, en otros países se ha visto que los trastornos psicóticos son las enfermedades mentales más asociadas al homicidio perpetrado por pacientes psiquiátricos.

Objetivo: Describir la frecuencia de los diferentes trastornos mentales en delincuentes declarados inimputables por presentar enfermedad mental que hayan cometido el delito de homicidio.

Método: Se realizó un estudio descriptivo y transversal, cuyo universo de trabajo son los usuarios/internos del Centro Varonil de Readaptación Psicosocial, lo que implica que padecen de algún trastorno mental, que hayan cometido homicidio.

Resultados: Dentro de los hallazgos de trastornos psiquiátricos más frecuentemente encontrados se encuentran los trastornos psicóticos con el 52%, de éstos el 75% corresponde a padecimientos crónicos observando que el 50% de los mismos presentan una comorbilidad del 50% de dependencia a múltiples sustancias. Otros trastornos encontrados fueron los trastornos del ánimo con síntomas psicóticos y los episodios de manía correspondiendo al 11% y al 29% (en total). De manera importante cabe mencionar que el trastorno disocial de la personalidad se encuentra presente en un 8% de los internos que participaron en este estudio. Con comorbilidad de abuso de sustancias en el 100% de los que presentaron este trastorno.

Conclusiones: El trastorno psiquiátrico más frecuente encontrado entre los internos homicidas inimputables en el Centro Varonil de Readaptación Psicosocial (CEVAREPSI) fue el contenido en el grupo de trastornos psicóticos, con un alta comorbilidad de adicción y abuso de sustancias y alcohol. En segundo lugar encontramos los trastornos del estado de ánimo y los episodios maníacos, los cuales también presentan comorbilidad con dependencia a múltiples sustancias y alcoholismo.

1. ANTECEDENTES

1.1 INTRODUCCIÓN

La relación entre enfermedad mental y violencia siempre ha sido compleja, pero principalmente crea polémica. A pesar de todas las dificultades, prejuicios y estigmatización, no debe obviarse su estudio ya que las consecuencias afectan tanto al paciente como a las personas que lo rodean ^(1,2,3). Muchos profesionales de la salud mental que trabajan en contextos clínicos y forenses se enfrentan en el día a día con este problema, además de que existe la urgencia de intervenir frente al comportamiento violento con la finalidad de prevenir acciones que pueden resultar catastróficas y contraproducentes para el tratamiento de pacientes psiquiátricos ^(4,5).

Históricamente se ha hablado de enfermos mentales a quienes se les considera como “asesinos famosos” y por ende peligrosos, pero la relación entre enfermedad mental y homicidio, si bien en los últimos años ha sido ampliamente estudiada, no determina, en su totalidad, la peligrosidad de un individuo ⁽⁶⁾. Aunque es cierto que cuando el enfermo mental se encuentra bajo adecuado tratamiento, disminuye la probabilidad de cometer un delito violento. Por lo tanto es importante que todas las personas con trastornos psiquiátricos tengan acceso a los servicios de salud ^(7,8).

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

MOMENTOS IMPORTANTES EN LA HISTORIA DE RESPONSABILIDAD CRIMINAL ^(9,10,11)

Antigüedad	Hebreos, Aristóteles
Siglo XIII	Bracton: Comenzó a referirse a los criminales como “responsables” de los delitos
Siglo XVII	- Instituto de Leyes en Inglaterra - Cuatro clases de “ <i>non compos mentis</i> ”
1724 Juicio de Edward Arnold “Ned el Loco”	El test de “La Bestia Salvaje”: Completamente privado de entendimiento y memoria y no sabe lo que está haciendo, no más que un infante, un bruto o una bestia salvaje. No es objeto de castigo.
Juicio de James Hadfield	- Thomas Erskine argumentó que el estado

	<p>alucinatorio es el carácter real de la locura</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lord Kenyon: “El prisionero por su propia seguridad y la de los demás no debe ser liberado ya que cualquiera puede ser su víctima ya que no se encuentra bajo la guía de la razón, por lo que esta desafortunada criatura debe ser desechada”
<p>1840 Edward Oxford intenta asesinar a la Reina Victoria</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Lord Den Man: “Si una enfermedad lo estaba controlando y él no se pudo resistir, entonces no será responsable” - La pregunta era si estaba consciente de la naturaleza, carácter y consecuencias del acto que estaba cometiendo
<p>1843 Daniel McNaughten dispara y asesina al secretario del Primer Ministro</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Sin evidencia médica de locura - La absolución causa una protesta pública - La Cámara de los Lores llama a los quince jueces de la Reina para aclarar la ley respecto a la locura - Debe ser claramente probado que al momento del acto la parte acusada tenía un defecto en la razón, debido a enfermedad mental, para no reconocer la naturaleza y calidad del acto que estaba perpetrando y si lo sabía, no podía reconocer que estaba mal - Preocupación acerca del significado de “saber” y “mal”
<p>1869 Estado vs Pike</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Si el homicidio fue el resultado de la locura, el acusado debe ser declarado inocente
<p>1954 Bazelon</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La Corte en DC apela: “un acusado no es criminalmente responsable si su acto fue producto de un defecto o desorden mental”
<p>2000 Código Criminal</p>	<p>1. Defensa del trastorno mental: Ninguna persona es responsable de un acto cometido o una omisión hecha mientras sufría de un trastorno mental que la hiciera incapaz de apreciar la naturaleza y tipo de acto u omisión y saber que estaba mal.</p> <p>2. Presunción: Se presume que ninguna persona padece de trastorno mental hasta que se pruebe lo contrario.</p> <p>3. Pruebas: Material probatorio de que el acusado sufría de un trastorno mental en el momento del acto ilícito para exentarlo de responsabilidad</p>

1.2 MARCO TEÓRICO

1.2.1 EL TRASTORNO MENTAL

CONCEPTO CLÍNICO

El trastorno mental se define como un comportamiento clínicamente significativo o un síndrome psicológico o patrón que ocurre en un individuo asociado a una aflicción (un síntoma doloroso) o incapacidad (deterioro en una o más áreas de funcionalidad) o con un riesgo incrementado significativamente de sufrir muerte, dolor, incapacidad o pérdida de libertad. Además este síndrome o patrón no debe ser necesariamente una respuesta a un evento en particular ⁽¹²⁾.

Sea cual sea su causa original, la enfermedad mental siempre debe ser considerada como una manifestación del individuo de una disfunción, ya sea psicológica, biológica, en su comportamiento o una combinación de éstas. Ni la conducta desviada, ni los conflictos que se encuentran primeramente entre el individuo y la sociedad deben considerarse como trastornos mentales, a menos que esta desviación o conflicto sea un síntoma inapelable de la disfunción del individuo ⁽¹³⁾.

CONCEPTO LEGAL

El trastorno mental, de acuerdo con las leyes de nuestro país, es definido como “una enfermedad de la mente”, que puede incluir cualquier anormalidad mental que causa deterioro con la excepción de intoxicación voluntaria o estado mental transitorio como histeria o concusión ⁽¹⁴⁾.

La enfermedad mental es aquella que perturba gravemente la consciencia y que suprime la capacidad de conocer, entender y querer. Es una noxa psiquiátrica de la que se deben establecer claramente las consecuencias que trae consigo la perturbación de la consciencia ⁽¹⁵⁾.

1.2.2 RELACION DEL TRASTORNO MENTAL Y LA LEY

Los profesionales de la salud mental frecuentemente son llamados por el sistema legal para dar testimonio en una gran variedad de casos, penales y civiles. En el área criminal, puede ser que se les pida a los clínicos forenses, psiquiatras en este caso, su opinión respecto a la competencia de una persona para tomar decisiones durante todo el proceso de la investigación criminal, juicio y pena. Esto incluye la competencia de renunciar a sus derechos, soportar un juicio, declararse culpable, ser sentenciado, rechazar una apelación y ser ejecutado ⁽¹⁶⁾.

En el lado civil, los clínicos realizan funciones similares, pueden evaluar diferentes competencias civiles, incluyendo la capacidad de realizar un testamento o contrato, tomar decisiones acerca de la propiedad de una persona y de contraer matrimonio. Los expertos clínicos algunas veces son llamados para testificar acerca de las limitaciones mentales que una persona puede presentar relacionadas inclusive con la habilidad de laborar ⁽¹⁷⁾.

Los clínicos que trabajan con infantes frecuentemente realizan evaluaciones relacionadas con delincuencia juvenil, custodia de menores, terminación de los derechos de los padres y temas más nuevos tales como la competencia de un menor para testificar y cómo debe ser protegido ante una corte ⁽¹⁸⁾.

1.2.3 EL DERECHO PENAL

Es el conjunto de normas jurídicas que regulan la potestad punitiva del estado, asociando a hechos, estrictamente determinados por la ley, como presupuesto, una pena o medida de seguridad o corrección como consecuencia, con el objetivo de asegurar los valores elementales sobre los cuales descansa la convivencia humana pacífica ⁽¹⁹⁾. También ha sido definido como la rama del saber jurídico que mediante la interpretación de las leyes penales, propone a los jueces un sistema orientador de decisiones, que contiene y reduce el poder punitivo para impulsar el progreso del estado constitucional de derecho ⁽²⁰⁾.

1.2.4 EL DERECHO PROCESAL PENAL

Es el conjunto de normas que regulan cualquier proceso de carácter penal desde su inicio hasta su fin: la actividad de los jueces y la ley de fondo en la sentencia. Tiene como función investigar, identificar y sancionar (en caso de que así sea requerido) las conductas que constituyen delitos, evaluando las circunstancias particulares en cada caso ⁽¹⁸⁾.

1.2.5 EL ENFERMO MENTAL Y EL DELITO

El enfermo mental que delinque o que viola la ley, ha salido a la luz desde hace ya varios años, y aunque es un hecho que los individuos con trastornos mentales son más vulnerables de ser detectados y arrestados, no se puede afirmar que todos los enfermos mentales sean delincuentes ni que todos los delincuentes sean enfermos mentales, pero en muchas ocasiones la enfermedad mental es un factor desencadenante en la comisión de delitos, que va de los simples robos hasta los homicidios inmotivados ⁽²¹⁾.

Diversas investigaciones han mostrado que tanto los síntomas psicóticos, como las alteraciones del ánimo secundarias a su presencia y la falta de una conciencia de enfermedad, son las principales características de los trastornos psiquiátricos con sintomatología psicótica, asociadas con la manifestación de la violencia en dicho padecimiento ⁽²²⁾.

Se dice que el número de enfermos mentales en la cárcel es muy elevado pero no se valoran otros sesgos, como los casos que se quedan sin resolver o que tener una enfermedad psiquiátrica es una dificultad añadida que puede traducirse en que los afectados sean 'cogidos', mientras que no se 'pilla' a las personas mentalmente sanas. En cambio, la fiabilidad de los datos ha venido de la mano de las investigaciones llevadas a cabo en población general. En estos ellas sí se encuentra una mínima asociación entre violencia y trastorno mental pero sujeta a variables importantes ^(23,24).

Por ejemplo, los enfermos psicóticos que no toman la medicación tienen entre cuatro y siete veces más riesgo de cometer un acto violento que una persona sana ^(25,26).

También los afectados por trastorno límite de la personalidad que consumen sustancias ⁽²⁷⁾.

Así destaca que pese a que la esquizofrenia y otras psicosis han sido relacionadas con actos violentos, el mayor riesgo de que éstos se produzcan está relacionado con el consumo de alcohol y sustancias. De hecho, las probabilidades de que estos enfermos cometan crímenes es similar a las de las personas sanas que usan drogas y no tienen psicosis ^(28,29,30).

Otras investigaciones apuntan a que la agresión en los enfermos mentales viene marcada por otros factores asociados tales como el abuso de sustancias, los factores ambientales estresantes y la historia de violencia ⁽³¹⁾.

Cuando los familiares no pueden manejar los síntomas psicóticos y el comportamiento violento del paciente, se busca la atención en un servicio especializado de psiquiatría, y con frecuencia, el paciente tiene que ser hospitalizado. La manifestación de conductas violentas ha sido considerada como una de las principales causas de hospitalización psiquiátrica ⁽³²⁾.

Diversas investigaciones han documentado que los actos violentos se presentan con mayor frecuencia durante la admisión hospitalaria por un episodio psicótico que en otros momentos durante el curso del padecimiento. Asimismo, la hospitalización psiquiátrica por sí misma reduce la frecuencia e intensidad de la violencia, debido probablemente al tratamiento con antipsicóticos y al entorno restrictivo de las instalaciones ^(33,34).

Tras el alta hospitalaria, los pacientes viven un proceso de transición mediante el cual van asumiendo mayor autonomía y control sobre diversos aspectos de su vida cotidiana. Sin embargo, este proceso se puede ver obstaculizado por las reacciones familiares secundarias al desgaste físico y emocional de vivir con un familiar con esquizofrenia. Asimismo, este desgaste puede verse exacerbado debido al antecedente de violencia en muchos de estos pacientes ⁽³⁵⁾.

Se ha descrito que la percepción que tienen los pacientes y sus familiares con respecto a los síntomas de la enfermedad difiere significativamente de la de los especialistas de la salud mental. A veces, estas diferencias se asocian con falta de discernimiento y conciencia sobre la enfermedad y con la necesidad de tratamiento médico, lo que a su vez puede llevar a la suspensión del mismo.

La suspensión del tratamiento farmacológico induce a una eventual recaída cuyos signos más evidentes son los síntomas psicóticos. No obstante, si un paciente tiene antecedentes de comportamiento violento, es muy probable que este comportamiento surja durante la recaída y que sea necesario considerar nuevamente la hospitalización ⁽³⁶⁾.

En estos pacientes, en quienes la violencia tiene un importante papel en las hospitalizaciones recurrentes, es necesario considerar el establecimiento de programas clínicos, que incluyan la psicoeducación, dirigidos a incrementar la conciencia del paciente y de los familiares, sobre la enfermedad y la necesidad del tratamiento farmacológico ⁽³⁷⁾.

1.2.5.1 EL ENFERMO MENTAL Y EL HOMICIDIO

Los estudios sobre el homicidio y los trastornos mentales suelen centrarse en los pacientes psiquiátricos como autores, más que como víctimas. Si bien es cierto que hay mayor frecuencia de conductas agresivas en algunas alteraciones psiquiátricas, no se puede predecir que según el diagnóstico que el paciente tiene este vaya a presentar alguna conducta propensa a la agresividad. Se asocian a conductas violentas la esquizofrenia paranoide, la manía, los trastornos de personalidad paranoides, límite y antisocial y las alteraciones cognoscitivas ^(38,39). Sin embargo, al tocar este tema, no debemos olvidar que el enfermo mental es frecuentemente víctima de abuso y violencia por parte de aquellos que no están calificados como pacientes psiquiátricos ⁽⁴⁰⁾.

La relación entre la psicosis y la criminalidad es estrecha debido a que la conducta de agredir de modo destructivo como lo es la conducta homicida, solamente la puede proyectar un individuo con graves problemas psíquicos donde predominan elementos psicopatológicos confusionales y psicóticos ⁽⁴¹⁾.

La conducta de homicidio resultante de una psicosis aguda tiene un periodo que abarca antes del delito, hace explosión en el y se observan algunas conductas confusionales en los primeros momentos de la institución rehabilitadora ⁽⁴²⁾.

En general los trastornos psicóticos se caracterizan por un grado variable de desorganización de la personalidad en la cual se destruye la relación con la realidad y existe una incapacidad para el trabajo, un aislamiento psíquico y social, que lo hace un marginado social ⁽⁴³⁾.

Las personas con trastorno psicótico tienen fallas en el juicio de realidad, que es la capacidad que permite al sujeto distinguir entre los estímulos provenientes del mundo externo y los provenientes del mundo interno, así el psicótico confunde las percepciones de si mismo y las del mundo externo ⁽⁴⁴⁾.

La esquizofrenia es uno de los trastornos mas graves en la cual la disociación con la realidad es grande, designa a un individuo en el que la totalidad de su experiencia está dividida en dos partes principales: en primer lugar hay una brecha en su relación con el mundo y en segundo lugar una ruptura en su relación consigo mismo. El esquizofrénico se experimenta así mismo en una desesperante soledad y completo aislamiento; además no se experimenta a si mismo como una persona completa sino mas bien como si estuviese dividida de varias maneras. Las funciones mentales superiores en el esquizofrénico están alteradas, así los procesos de memoria, pensamiento y lenguaje, y perceptivos, son alterados por la pobre relación con el mundo externo y consigo mismo como hemos visto. Las alteraciones afectivas le impiden la expresión de sus emociones que son generalmente confusas o polarizadas, esto acrecenta su pobre relación interpersonal con los demás ^(45,46).

1.2.6 LA INIMPUTABILIDAD

La imputabilidad es el conjunto de condiciones subjetivas que debe reunir el perpetrador de un delito, suponiendo en él la capacidad de conocer y comprender dicha ilicitud para que sea factible colocar en sus manos las consecuencias de su acto.

La inimputabilidad es uno de los temas más difíciles y exquisitos en el ámbito de las ciencias penales. La mayor parte de las legislaciones consideran que existen cierto número de

individuos que por su especial situación (trastorno mental, minoría de edad), deben recibir un trato diferente por parte de la ley al cometer un hecho legalmente descrito. A estos individuos se los denomina "inimputables" y al fenómeno que los cobija "inimputabilidad" ⁽⁴⁷⁾.

La inimputabilidad es la incapacidad del sujeto para ser culpable siendo determinante la falta de conocimiento de la ilicitud y/o la alteración de la voluntad, siempre y cuando ocurran en el sujeto al momento de ejecutar el hecho legalmente descrito ⁽⁴⁸⁾.

La razón por la cual el inimputable no es capaz de actuar culpablemente es que presenta fallas de carácter psicosomático o sociocultural que le impiden valorar adecuadamente la juridicidad y la antijuridicidad de sus acciones y moderar sus acciones y moderar su conducta conforme tal valoración ^(20,49).

La calidad de inimputable se deriva del hecho de que el sujeto no puede, en razón de tales diferencias, comprender la ilicitud de su actuar, o de que pudiendo comprenderla no es capaz de comportarse diversamente ⁽¹⁴⁾.

1.2.7 ANTECEDENTES EN MÉXICO

DESARROLLO DEL DERECHO PENAL EN MÉXICO

ÉPOCA PREHISPÁNICA

Derecho precortesiano.- Se refiere a todo aquel que rigió antes de la llegada de Hernán Cortés a nuestro territorio, refiriéndose no únicamente al del pueblo Azteca sino también a todos los demás pueblos aborígenes, aunque no se cuenta con demasiada información de algunas de estas culturas.

Durante la conquista el pueblo mas importante para los españoles fue el Azteca debido a que ejercía dominio militar sobre los otros pueblos aborígenes, desafortunadamente por la destrucción perpetrada por los conquistadores en las ciudades solamente podemos apreciar algunos puntos importantes del derecho penal que había en el pueblo Maya, el Tarasco y el Azteca.

Derecho penal en el pueblo Maya.- de la misma manera que en los demás reinos y señoríos, se caracteriza por su severidad, los batabs o caciques eran los que juzgaban e imponían como penas mas importantes la muerte y la esclavitud, la pena de muerte se aplicaba a los adúlteros, a los homicidas, incendiarios, raptos y corruptores de las doncellas. La esclavitud se aplicaba a los ladrones y si el ladrón era un señor principal se le labraba el rostro desde la barba hasta la frente, es importante resaltar que las sentencias penales eran inapelables.

Derecho penal en el pueblo Tarasco.- de las leyes penales de los Tarascos se sabe menos con respecto a otros núcleos pero las penas eran de mucha crueldad, ejemplo el adulterio habido con alguna mujer del soberano Calzontzi se castigaba no solo con la muerte del adúltero sino que esta trascendía a toda su familia y se confiscaban sus bienes; al forzador de mujeres se le rompía la boca hasta las orejas empalándolo después hasta hacerlo morir. El hechicero era arrastrado vivo o se le lapidaba, al que robaba por primera vez se le perdonaba pero si reincidía se le hacia despeñar para que su cuerpo fuera comido por las aves. El derecho a juzgar estaba en manos del Calzontzi pero en ocasiones esa función la realizaba el Petamuti o sumo sacerdote.

Derecho penal del pueblo Azteca.- aun cuando su legislación no ejerció influencia posteriormente, este era el reino y señorío mas importante en la época de la conquista ya que este pueblo no solo dominó militarmente la mayoría de los pueblos de la altiplanicie Mexicana, sino que impuso e influyó en las practicas jurídicas y según estudios hechos por el instituto indigenista los nahoas alcanzaron métodos insospechados en materia penal. Cabe destacar que el derecho civil Azteca era oral y el derecho penal era escrito.

El derecho penal Azteca revela excesiva severidad, principalmente en los delitos considerados capaces de hacer peligrar la estabilidad del gobierno o la persona del soberano. Se ha demostrado que los Aztecas conocieron la distinción entre delitos dolosos y culposos las circunstancias atenuantes y agravantes de la pena, las excluyentes de responsabilidad la acumulación de sanción la reincidencia, el indulto y la amnistía.

Las penas fueron muy variadas, desde el destierro, infamantes, perdida de la nobleza, suspensión y destitución de empleos, esclavitud, arresto, prisión demolición de la casa del infractor, corporales, pecuniaria y la de muerte. Esta última se aplicaba de las siguientes

formas: incineración en vida, decapitación, estrangulación, descuartización, lapidación, garrota, y machacamiento de la cabeza.

Respecto a la clasificación de los delitos en el pueblo Azteca Carlos de Alba nos dice que eran:

contra la seguridad del imperio

contra la moral publica

contra el orden de las familias

los cometidos en estado de guerra

los cometidos contra la libertad y seguridad de las personas

usurpación de funciones y uso indebido de insignias

las cometidos contra la vida, integridad corporal de las personas, los sexuales

Los cometidos por personas en contra de su patrimonio ^(50,51).

EPOCA COLONIAL

En esta época en nada influyeron las legislaciones, a pesar de la ordenanza de Carlos V de respetar las leyes y costumbres de los pueblos indígenas a menos que se opusieran a la fe o a la moral. Fue entonces que las legislaciones que se aplicaron a la colonia fueron europeas en donde se puso en vigor la legislación de Castilla, conocida con el nombre de leyes de toro, que tuvo vigencia por disposición de las leyes de indias. En materia jurídica había mucha confusión ya que se aplicaba el fuero real, las partidas, las condenaciones reales de Castilla y las de Bilbao, los actos acordados, la nueva y la novísima recopilación además de algunas ordenanzas dictadas por la colonia como son: La de intendentes, la de minería, y la de gremios ^(50,51).

MÉXICO INDEPENDIENTE

Apenas había comenzado Don Miguel Hidalgo el México independiente cuando José María Morelos y Pavón, el 17 de Noviembre de 1810, en su cuartel general de Ahuacatillo decretó la abolición de la esclavitud lo cual ya había sido promulgado por el cura en Dolores, sin embargo de esta época solo queda una legislación fragmentada y dispersa motivada por los tipos de delincuentes que llegaban a constituir problemas políticos por lo que no hubo un intento real de formar un orden jurídico. Surgen entonces algunas legislaciones humanitarias pero se prodiga la muerte como arma de lucha contra los enemigos políticos, las diversas constituciones que se sucedieron ninguna influencia ejercieron en el desenvolvimiento de la actual legislación penal ^(51,52).

LA CODIFICACIÓN PENAL

La primera codificación en la República en materia penal se expidió en Veracruz por decreto el 8 de Abril de 1835, proyecto que se había elaborado desde 1832. Por esto es que el estado de Veracruz fue el primero que contó con un código penal. En la capital de la República en 1862 se creó una comisión para la elaboración del código penal, el trabajo fue interrumpido por la intervención Francesa y en ella Maximiliano puso en vigor en México el código Francés ⁽⁵²⁾ .

En 1868 se formó la comisión para la elaboración del código penal la cual estaba integrada por el Lic. Antonio Martínez de Castro quien trabajó inspirándose en el código Español de 1870, aprobándose el proyecto al año siguiente. El 7 de Diciembre de 1871 comenzó a regir para el DF y territorio de la baja California en materia común. A partir del 1 de Abril de 1872 se utilizó para toda la República en materia federal, conociéndosele como código de 1871 o de Martínez de Castro. En 1903 siendo presidente Porfirio Díaz ordena una revisión a la legislación penal, trabajo que culminó en 1912, pero este proyecto no se vio consumado por encontrarse el país en revolución. En 1929 cuando Portes Gil era presidente se expidió el código de 1929, también conocido como código de Almaraz por haber formado parte principal de la comisión el Lic. José Almaraz, este código tuvo defectos técnicos y prácticos por lo que únicamente tuvo vigencia un año y nueve meses ya que rigió del 15 de Diciembre de 1929 al 16 de Septiembre de 1931, esto debido a que al día siguiente entro en vigor el código que nos rige en la actualidad y el cual fue promulgado por el presidente

Pascual Ortiz Rubio el 13 de Agosto de 1931 y publicado en el diario oficial el 14 de Agosto de 1931 con el nombre de “Código Penal para el Distrito y Territorio Federal en materia del fuero común y para la República en materia Federal”, este ordenamiento ha sufrido innumerables reformas entre ellas las de 1951 en donde se mejoraron innumerables preceptos y sucesivamente reformas esporádicas, en 1994 más reformas innumerables y constantes hasta la actualidad.

En 1949 se elaboro un proyecto el cual quedó como tal, posteriormente se elaboró otro proyecto en 1958 el cual culminó con su publicación en la revista Criminia en el mes de Noviembre de 1958, en 1963, y por recomendaciones del segundo congreso de procuradores de justicia, se confeccionó un proyecto de código penal tipo con el propósito que todas las entidades federativas lo adoptaran. ^(53,54)

1.2.8 EL DELITO EN NÚMEROS

En el 2001 el Instituto Ciudadano de Estudios sobre la Inseguridad, A. C. (ICESI), llevó a cabo la primera encuesta nacional sobre inseguridad pública en las entidades federativas. Sobresale que en 14 por ciento de los hogares del país al menos una persona sufrió algún tipo de delito y una quinta parte de ellos (2.8 por ciento) ha padecido más de un delito. Por lo que respecta a la incidencia delictiva en las entidades federativas, los cinco estados con el mayor número de hogares que sufrió algún delito son el Distrito Federal, Baja California, Morelos, el estado de México y Chihuahua. En contraste, los estados con menor incidencia delictiva son Durango, Zacatecas, Baja California Sur, Colima, Puebla y Tlaxcala.

Por cada 100,000 habitantes, la tasa de delitos fue de 4,412 a nivel nacional en el 2001. La mayor tasa de delitos se registró en el Distrito Federal con 17,718 delitos por cada 100,000 habitantes. Le siguieron Morelos con 5,573, Baja California con 5,531, Chihuahua con 4,979 y el estado de México con 4,778. Los de menor tasa fueron Tlaxcala con 1,448, Zacatecas con 1,453, Michoacán con 1,471 y Oaxaca con 1,595.

La encuesta también reporta si las víctimas sufrieron algún tipo de violencia. Resalta que 44 por ciento de ellas contestaron que sufrieron algún tipo de agresión durante la

comisión del delito. Se debe resaltar en estos casos, que en casi la mitad de ellos se utilizó un arma de fuego para realizar el delito. Por lo que respecta al uso de arma blanca y la violencia física, cada una se utilizó en cerca de una quinta parte de los actos criminales.

En cuanto a la incidencia geográfica de la violencia, las entidades que registraron el mayor grado de violencia o agresión fueron el estado de México (63 por ciento), el Distrito Federal (55 por ciento) y Morelos (54 por ciento). En contraparte, las entidades con menor índice de violencia fueron Baja California Sur (18 por ciento) y Chihuahua (25 por ciento).

Por tipo de delito, en el 2001 el 92 por ciento fueron robos, destacando entre los más importantes el robo a transeúntes, de vehículos, casa habitación y comercio. La tasa por 100,000 habitantes es de 4,169, cercana a la tasa nacional en razón de la alta participación de este tipo de delito.

Del resto de crímenes, destacan los delitos de lesiones, abuso de autoridad, daño en propiedad ajena, amenaza, fraude, secuestro, delito sexual, abuso de confianza, secuestro exprés y homicidio. Los delitos por lesiones son los más cometidos después del robo, representando el 50 por ciento del restante de delitos realizados en el año 2001, lo que refleja un alto grado de agresión por parte de los criminales.

En relación con el homicidio (crimen violento) debe mencionarse que las cifras son alarmantes. Por una parte, el estudio de victimización reporta que se cometieron 17,648 homicidios en el país en el 2001, aproximadamente. Esto equivale a 18 homicidios por cada 100,000 habitantes o a 48 homicidios diarios.

Por su parte, la Secretaría de Seguridad Pública reporta que el número aproximado de denuncias por homicidio fue de 26,769, lo que representa 26 homicidios por 100,000 habitantes o 70.5 homicidios diarios.

Lo anterior indica que hay una menor subdeclaración en el crimen violento y, aunque la discrepancia puede deberse a que los estudios de victimización tienden a no capturar el

crimen y violencia entre propios criminales (guerra entre pandillas), el número de homicidios arrojado por estas fuentes coloca a México entre los países con mayor grado de crimen violento en el mundo de los países sin conflictos armados. (Colombia tiene una tasa de más de 89 homicidios por cada 100,000 habitantes).

La cifra negra del crimen en México con base en toda la información anterior, el ICESI reporta que el número total de delitos en México durante el 2001 fue de 4,412,000. Esta cifra contrasta profundamente con la cantidad de denuncias que reportan las cifras oficiales a través de la Secretaría de Seguridad Pública, la cual manifiesta que el número de denuncias en ese mismo año ascendió a 1,439,770 aproximadamente ⁽⁵⁵⁾.

1.2.9 EL CEVAREPSI

El Centro Varonil de Rehabilitación Psicosocial (CEVAREPSI) tiene su domicilio en Javier Piña y Palacios esquina con Martínez de Castro sin número, Colonia San Mateo de Xalpa, Delegación Xochimilco el cual se ubica dentro del perímetro del Reclusorio Preventivo Varonil Sur, con una superficie construida de 3,698 metros cuadrados de una total de 14,992 metros cuadrados, considerado dentro de la zona urbana; inició su funcionamiento el 20 de junio de 1997, como respuesta a la necesidad de disponer de un espacio específico para brindar atención y tratamiento especializado a los internos con enfermedad mental ya que la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos menciona que los enfermos mentales que cometen un delito no deben estar reclusos en una cárcel, deben estar en un lugar especial para recibir tratamiento adecuado ⁽⁵⁶⁾.

Cabe resaltar que no es parte ni se encuentra dentro del Reclusorio Preventivo Sur y las actividades que allí se llevan a cabo son totalmente distintas ya que el tipo de usuarios con los que cuenta son enfermos mentales, pero no cuenta con datos precisos respecto a la relación entre el delito cometido y la patología psiquiátrica que los llevó a estar allí.

Fue construido con las características de los anexos femeniles y en 1990 cumplía con esa función y el 6 de diciembre de 1993 se retira a la población femenil y fue utilizado para albergar a internos en proceso de preliberación hasta el 14 de noviembre de 1995,

posteriormente fue cerrado y en 1997 se destina a la población varonil inimputable como lugar para extinguir su medida de seguridad y como valoración y tratamiento de manera transitoria para pacientes psiquiátricos provenientes de otros Centros; con anterioridad a la creación de este centro, la población inimputable se ubicaba en los dormitorios 1 y 2 del Reclusorio Preventivo Varonil Sur.

El CEVAREPSI realiza diferentes actividades para los internos, además de brindarles atención médica con la finalidad de otorgarles mayores oportunidades de readaptación psicosocial.

ACTIVIDADES QUE SE DESARROLLAN EN EL CEVAREPSI

Sesiones de Asesoría Académica:

Dirigido a internos pacientes inscritos en el nivel básico, a través del Instituto Nacional para la Educación de los Adultos (INEA) y en nivel medio superior a través del Sistema Abierto de Educación Preparatoria.

Se cuenta con la colaboración de dos profesores externos; quienes se encargan de entrevistar a los internos pacientes interesados en inscribirse, quienes llenan el formato de registro interno para que puedan asistir a las clases, además de tramitar la primera evaluación para determinar el nivel y obtener la inscripción formal al Sistema que trate.

Se auxilia a los alumnos en la resolución de sus textos módulo de estudio en la aplicación de exámenes y en la entrega de resultados e historias académicas. Se les proporciona información correspondiente conforme al avance académico de cada interno paciente para las re valoraciones semestrales. Se da seguimiento a la tramitación de certificados obtenidos tras concluir los módulos correspondientes.

En el CEVAREPSI los internos - pacientes organizan mensualmente la elaboración del periódico mural y participan en la organización y supervisión de las Ceremonias Cívicas, Académicas y Culturales programadas.

Como complemento a la formación académica, el CEVAREPSI cuenta con una Biblioteca de Servicio Público, en la que los internos pueden consultar todo tipo de temas, desde la participación en círculos de lectura, la tramitación de préstamo de libros a su dormitorio.

Formación Artística:

El CEVAREPSI trabaja con internos pacientes en el Taller de Pintura y les proporciona asesoría en Creación Literaria.

Dentro de las sesiones está contemplada la participación de internos en Certámenes y Concursos de Arte y Literatura convocados por diversas dependencias; ya que el estímulo y motivación que el paciente recibe, contribuye a mejorar su desenvolvimiento individual y colectivo, entre ellos mismos y hacia la autoridad.

Capacitación Laboral:

Reciclado de residuos sólidos (en el que se elaboran piñatas, alcancías, flores de papel, tela o cartón; juguetes y figuras diversas) calado en madera, elaboración de productos de rafia, y repujado; mismos que permiten al interno paciente plasmar su creatividad y vena artística en productos de ornato (floreros, cuadros, portaretratos, imágenes religiosas); utilitarios (portallaves, lapiceros, lámparas, porta-trapos, bolsos, monederos, tortilleros) y recreativos (piñatas, rompecabezas, muñecas) etc.

Tratamiento de Recuperación de Habilidades Motoras:

Su finalidad es permitirle al interno paciente una mejoría en su capacidad motriz fina y gruesa, para la realización de tareas sencillas como: sujeción de lápiz, doblado, cortado y pegado en diversos tipos y texturas de papel y tela, uso de herramientas e instrumentos (tijera, regla, pinzas, pincel, lijas, etc.) y a partir de ellas, poder desarrollar tareas más complejas como: uso de serrucho, martillo, seguetas, navajas, pirógrafos, taladros manuales, cepillos de madera, aplicación de resinas, etc.

Los materiales con los que se atienden las actividades de Capacitación y Tratamiento, han sido principalmente donados por el personal de la Institución; adquiridos a partir de los depósitos en efectivo que los familiares de los internos hacen o con los ingresos de los propios internos (por su trabajo remunerado o por la venta de los productos que elaboran);

así como por los donativos de carácter institucional que se reciben. Sin embargo, el incremento de la población interna en este Centro, dificulta las posibilidades de atención para todos ellos, por lo que se han suspendido temporalmente actividades como rafia, cestería, pirograbado y repujado.

Los productos elaborados por los internos pacientes que participan en el Taller de Capacitación y Tratamiento, se exhiben para su venta en la sala de visita familiar y esporádicamente se llevan algunas muestras a la sala de exhibición de la Dirección General, ubicada en San Antonio Abad # 124, P.B.

En algunos casos los artículos son adquiridos directamente por el personal que labora en la Institución o son entregados por el interno paciente a sus familiares o amistades para ser vendidos en el exterior.

El ingreso obtenido por esta actividad, es depositado en la cuenta de tienda, correspondiente a cada interno, a través del sistema de control del personal Técnico Penitenciario.

Es conveniente resaltar que el trabajo de los internos pacientes ha sido presentado en diversas exhibiciones, muestras culturales y algunos concursos .(57)

Frecuencia de Trastornos Psiquiátricos en Internos Homicidas del Centro Varonil de Readaptación Psicosocial (CEVAREPSI).

2.1 Justificación

Existen diversos estudios alrededor del mundo respecto a la relación que existe entre enfermedad mental y homicidio, los cuales han arrojado muy variados resultados, dependiendo en gran parte del tipo de población estudiada. En México, sin embargo, este tema no ha sido estudiado, analizado, ni descrito; si bien es cierto que los internos que se encuentran purgando una condena en el CEVAREPSI presentan alguna enfermedad mental, en la mayoría de los casos no se cuenta con una impresión diagnóstica precisa y mucho menos con la relación de dicho diagnóstico con el tipo de delito cometido, lo cual hace imposible conocer la frecuencia y tipo de los trastornos psiquiátricos en una población de homicidas en nuestro país.

Mientras que en algunos estudios llevados a cabo en otros países el diagnóstico de trastorno psicótico era el mayormente asociado a violencia, específicamente con homicidio, existen otros que afirman lo contrario y mencionan que el diagnóstico psiquiátrico no está relacionado con el delito cometido.

2.2 Objetivos

- 2.2.1 Describir la frecuencia de los diferentes trastornos mentales en delincuentes declarados inimputables por presentar enfermedad mental que hayan cometido el delito de homicidio.
- 2.2.2 Realizar precisión diagnóstica al aplicar el Mini Internacional Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.)
- 2.2.3 Relacionar los casos de homicidio con el diagnóstico psiquiátrico.
- 2.2.4 Tomar en consideración las variables sociodemográficas.

2.3 Hipótesis

Los trastornos psicóticos son las enfermedades mentales más asociadas al homicidio perpetrado por pacientes psiquiátricos.

2.4 Tipo de Estudio

La presente investigación se trata de un estudio descriptivo y transversal, cuyo universo de trabajo son los usuarios/internos en el CEVAREPSI que hayan cometido homicidio con cualquier tipo de trastorno mental.

2.5 Criterios de inclusión y exclusión.

- Criterios de inclusión:
 - Usuarios/internos del CEVAREPSI que acepten participar (adultos varones). Que hayan cometido homicidio. Deberán firmar el consentimiento informado.
- Criterios de eliminación:
 - Que no hayan concluido el MINI
- Criterios de exclusión:
 - Usuarios/internos del CEVAREPSI que no acepten participar o que sus condiciones mentales se los impida.
 - Que no hayan cometido homicidio.

2.6 Material y Método

Recolección de la información.

- Se seleccionaron a usuarios/internos del CEVAREPSI que hayan cometido homicidio. Se les invitó a participar en la investigación y a firmar su consentimiento informado. Posteriormente se les aplicó a cada uno de ellos y en privado la Mini Internacional Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) para precisión diagnóstica, cotejando con el diagnóstico del expediente clínico del Centro.
- La información referente a los datos socio-demográficos (edad, escolaridad, nivel socio económico, estado civil, religión, calidad delincencial: primodelincuente o reincidente) fue obtenida del expediente clínico,
- Siempre se guardó estrictamente la confidencialidad del entrevistado.
- Definición de las Variables:
 - Definición conceptual:
 - Variable dependiente: El diagnóstico psiquiátrico.
 - Variable independiente: El delito de homicidio.
 - Definición operacional:

Mini Internacional Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.)

La MINI es una entrevista diagnóstica estructurada de breve duración que explora los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y la CIE-10. Estudios de validez y de confiabilidad se han realizado comparando la MINI con el SCID-P para el DSM-III-R y el CIDI (una entrevista estructurada desarrollada por la Organización Mundial de la Salud para entrevistadores no clínicos para la CIE-10). Los resultados de estos estudios demuestran que la MINI tiene una puntuación de validez y confiabilidad aceptablemente alta, pero puede ser administrada en un período de tiempo mucho más breve (promedio de $18,7 \pm 11,6$ minutos, media 15 minutos) que los instrumentos mencionados. Puede ser utilizada por clínicos tras una breve sesión de entrenamiento.

Entrevistadores no clínicos deben recibir un entrenamiento más intenso.

Anexo 1 MINI

2.7 Análisis

Se utilizaron medidas de resumen, pruebas de tendencia central como media y mediana y se analizó la información de acuerdo con los resultados de la MINI.

2.8 Resultados

Se incluyeron en el estudio 46 sujetos, internos en el CEVAREPSI que cometieron homicidio. Únicamente 3 sujetos que cometieron homicidio no cumplieron con el criterio de inclusión de aceptar participar y otros 4 que también cometieron homicidio fueron excluidos por que sus condiciones mentales fueron un impedimento (se encontraban en un estado que los incapacitaba para entender las instrucciones de la prueba debido a la completa desorganización del pensamiento) por lo que no participaron en este estudio.

En el grupo se obtuvo una media de edad de 40 años, el 52% se encuentra soltero, el 31% cuenta con escolaridad básica, el 61% tiene un oficio, siendo el 63%, católicos, el 78% de ellos es de nivel socioeconómico bajo y el 63% se encuentra en calidad de primo-delincuente (cuadro 1).

El 35% resultó ser culpable de homicidio calificado, mientras que el homicidio en razón de parentesco fue el 20%, homicidio y otro delito el 17%, parricidio 9% y homicidio doloso resultó tan sólo en el 2% (cuadro 2).

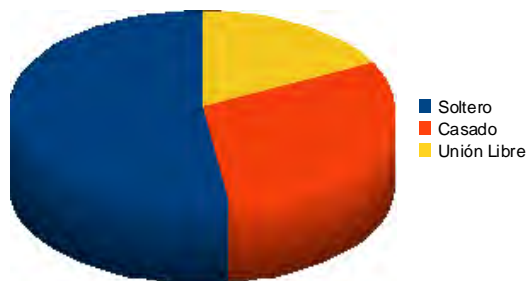
Dentro de los hallazgos de trastornos psiquiátricos más frecuentemente encontrados se encuentran los trastornos psicóticos con el 52%, de éstos el 75% corresponde a padecimientos crónicos observando que el 50% de los mismos presentan una comorbilidad del 50% de dependencia a múltiples sustancias. Otros trastornos encontrados fueron los trastornos del ánimo con síntomas psicóticos y los episodios de manía correspondiendo al 11% y al 29% (en total).

De manera importante cabe mencionar que el trastorno disocial de la personalidad se encuentra presente en un 8% de los internos que participaron en este estudio (cuadro 3). Con comorbilidad de abuso de sustancias en el 100% de los que presentaron este trastorno.

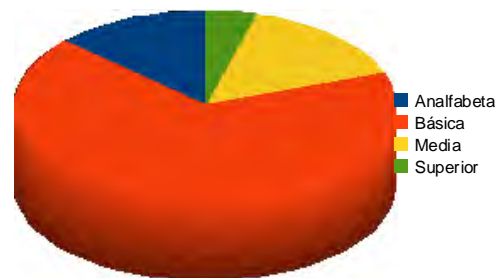
Cuadro 1.- Características sociodemográficas de los sujetos estudiados (n=46)

Sexo	Masculino	N= 46	%= 100
Edad	Media= 40 min24 max 56		
Estado civil	Soltero Casado Unión libre	24 14 8	52% 31% 17%
Escolaridad	Analfabeta Básica Media Superior	6 31 7 2	13% 67% 15% 5%
Ocupación	Sí (Oficio) No	28 18	61% 39%
Religión	Católica Cristiana Otra Ninguna	29 12 3 2	63% 26% 6% 5%
Nivel socioeconómico	Bajo Medio Alto	36 9 1	78% 20% 2%
Calidad delincencial	Primodelincuente Reincidente	29 17	63% 37%

Estado Civil

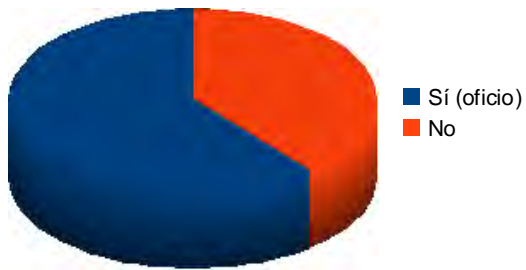


Escolaridad



Características Sociodemográficas

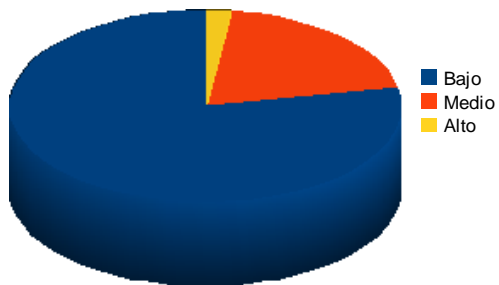
Ocupación



Religión



Nivel Socioeconómico



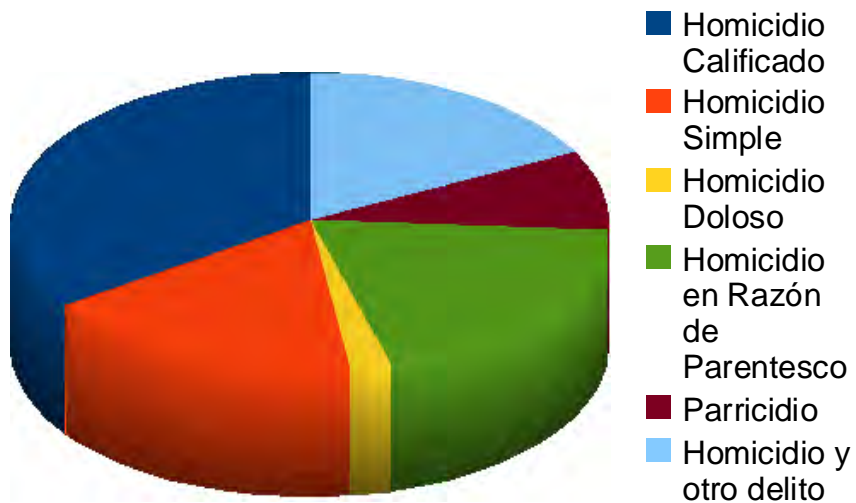
Calidad Delincuencial



Cuadro 2.- Descripción del tipo de Homicidio Cometido (n=46)

Tipo	n	%
Homicidio Calificado	16	35.00%
Homicidio Simple	8	17.00%
Homicidio Doloso	1	2.00%
Homicidio en Razón de Parentesco	9	20.00%
Parricidio	4	9.00%
Homicidio y otro delito	8	17.00%

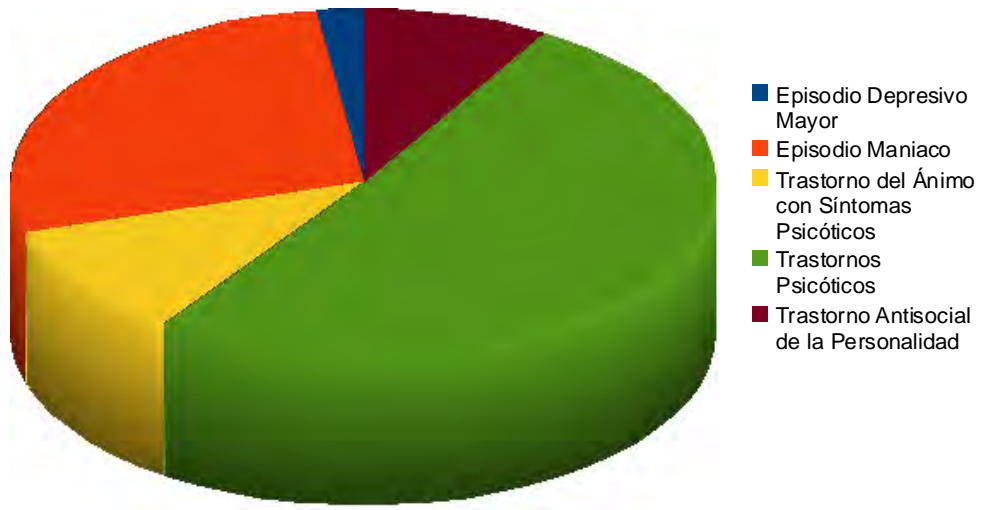
Tipo de Homicidio



Cuadro 3.- Resultados Obtenidos de Trastornos Psiquiátricos (n=46)

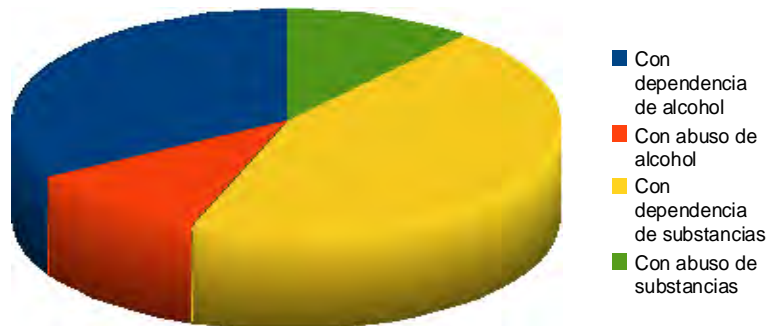
Trastorno	n	%
Episodio Depresivo Mayor	1	2.00%
Episodio Maníaco	13	29%
- Actual	4	9%
- Con dependencia de alcohol	2	50%
- Con abuso de alcohol	1	25%
- Con dependencia de sustancias	1	25%
- Con abuso de sustancias	0	0%
- Pasado	9	20%
- Con dependencia de alcohol	3	33%
- Con abuso de alcohol	1	11%
- Con dependencia de sustancias	4	45%
- Con abuso de sustancias	1	33%
Trastorno del ánimo con Síntomas Psicóticos	5	11%
- Actual	2	40%
- Con dependencia de alcohol	1	20%
- Con abuso de alcohol	1	20%
- Con dependencia de sustancias	1	20%
- Con abuso de sustancias	1	20%
Trastornos Psicóticos	24	52%
- De por Vida	18	75%
- Con dependencia de alcohol	5	28%
- Con abuso de alcohol	2	11%
- Con dependencia de sustancias	9	50%
- Con abuso de sustancias	2	11%
- Actual	6	25%
- Con dependencia de alcohol	1	17%
- Con abuso de alcohol	1	17%
- Con dependencia de sustancias	3	49%
- Con abuso de sustancias	1	17%
Trastorno Antisocial de la Personalidad	4	8%
- De por Vida	0	0
- Con dependencia de alcohol	0	0
- Con abuso de alcohol	0	0
- Con dependencia de sustancias	4	100%
- Con abuso de sustancias	0	0

Resultados Obtenidos de Trastornos Psiquiátricos



COMORBILIDAD

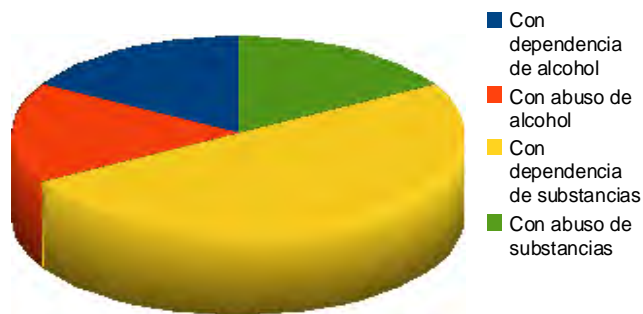
Episodio Maníaco Actual



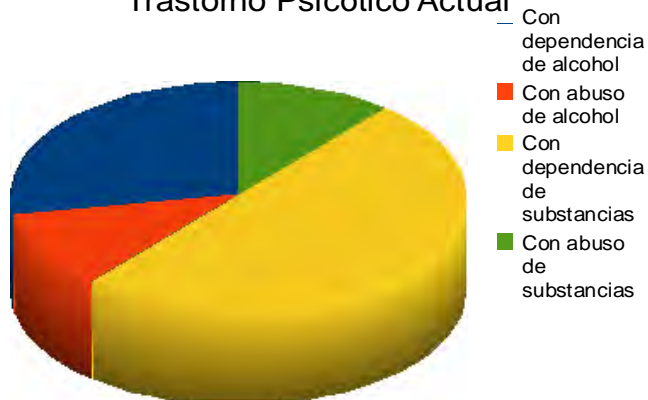
Trastornos del Ánimo con Síntomas Psicóticos



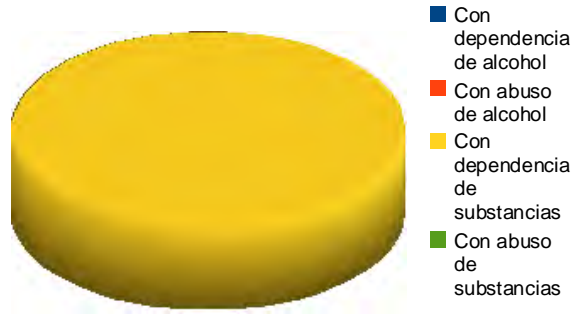
Trastornos Psicóticos de por Vida



Trastorno Psicótico Actual



Trastorno Antisocial de la Personalidad



3. Conclusiones

El trastorno psiquiátrico más frecuente encontrado entre los internos homicidas inimputables en el Centro Varonil de Readaptación Psicosocial (CEVAREPSI) fue el contenido en el grupo de trastornos psicóticos, los cuales, de acuerdo con el MINI, incluyen todo tipo de esquizofrenia (L. Trastornos Psicóticos CIE-10 F20.xx-F29), con un alta comorbilidad de adicción y abuso de sustancias y alcohol.

En segundo lugar encontramos los trastornos del estado de ánimo y los episodios maníacos, los cuales también presentan comorbilidad con dependencia a múltiples sustancias y alcoholismo.

4. Discusión

En el presente estudio los 46 sujetos que participaron son del sexo masculino, tienen una edad media de 40 años, siendo la mínima de 24 y la máxima de 56, la mayoría son solteros, con nivel de estudios básico y con ocupación (realizaban algún oficio) al momento de cometer el homicidio. Destaca que el nivel socioeconómico de los participantes, es primordialmente bajo, provienen de familias disfuncionales y con muy pobre acceso a los sistemas de salud, por lo cual muy pocos recibieron tratamiento farmacológico previo al homicidio cometido. Incluso algunos de ellos estaban en calidad de abandono por parte de sus familiares y conocidos, llegando a tener incluso la posibilidad de egresar del Centro eventualmente, sin tener a dónde ir o un cuidador primario que se haga cargo de él. Más de la mitad profesan la religión católica. El grueso de los entrevistados se encuentran en el CEVAREPSI en calidad de primodelincuentes, es decir, este fue su primer delito.

Estos factores sociodemográficos juegan un papel importante en el desarrollo de actos violentos entre los enfermos mentales, ya que se ha visto que un paciente controlado farmacológicamente reduce de manera importante la frecuencia de presencia de violencia y, por ende, de homicidios perpetrados por dichas personas.

Otro factor protector es el nivel educativo, ya que a mayor conocimiento, mayores cuidados y entendimiento de las enfermedades mentales. Ayudando a la prevención de los delitos.

El homicidio calificado fue el de mayor porcentaje, el cual es aquél que se comete con alguno de los cuatro agravantes que son:

- Premeditación.- es cuando el sujeto activo ha reflexionado con anterioridad al crimen, (teoría ideológica)
- Alevosía.- es cuando el sujeto activo utiliza la asechanza para cometer el ilícito.
- Ventaja.- es cuando el sujeto activo utiliza conocimientos sobre cierto tipo de armas, usa más de una persona para que lo ayuden a matar a la víctima, o simplemente usa la fuerza física única y exclusivamente si esta es mayor a la del sujeto pasivo.

- Traición.- usa esta última para valerse de la buena fe, la confianza, o la buena voluntad y aprovecharse de esta para cometer el homicidio.

Dentro de los hallazgos del estudio encontramos que efectivamente los trastornos psicóticos son los más frecuentemente relacionados con homicidio de cualquier tipo. La MINI incluye dentro de estos trastornos todos aquellos contemplados en la CIE-10 en el inciso L desde F20.xx al F29 que son todas las esquizofrenias. En segunda instancia encontramos los episodios maníacos los cuales la MINI codifica de acuerdo a la CIE-10 dentro del rango F30.x al F31.9 que incluye todos los episodios de manía y el trastorno bipolar en todas sus etapas con y sin síntomas psicóticos. En tercer lugar se encuentran los trastornos del ánimo con síntomas psicóticos que corresponden a F32.3 y F33.3 siendo los códigos para episodio depresivo grave con síntomas psicóticos y trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave con síntomas psicóticos en la CIE-10.

En cuarto lugar y de manera sorprendente se encuentra el trastorno antisocial de la personalidad, correspondiente al F60.2 en la CIE-10 en donde se nombra trastorno disocial de la personalidad, a pesar de que este trastorno no se encuentra considerado dentro del código penal como causal de inimputabilidad, probablemente y debido a la alta comorbilidad de dependencia de múltiples sustancias (especialmente cannabis y cocaína) puede ser que al momento de cometer el homicidio se hayan encontrado en estado de intoxicación por lo que fueron calificados como inimputables, aunque aún bajo esa premisa, la decisión sería dudosa. No se puede establecer la causa ya que no se tiene acceso al expediente legal, únicamente al clínico dentro de las instalaciones del servicio médico del CEVAREPSI.

Por último, de los 46 internos del CEVAREPSI que participaron en este estudio, solamente uno presentó un episodio depresivo mayor, que corresponde a F32.x código que corresponde a todos los episodios depresivos en la CIE-10.

Es muy importante resaltar que la comorbilidad con alcoholismo y/o abuso de sustancias es altísima para todos los casos, lo cual se debe tomar en cuenta como factor importante desencadenante de actitudes violentas en los enfermos mentales, pero ese podría ser otro tema completamente distinto al que nos aqueja en este momento para desarrollar, pero definitivamente vale la pena resaltar, así como que en ninguno de los

entrevistados dicho consumo fue el trastorno psiquiátrico primario. Esto fue corroborado mediante la consulta del expediente clínico del usuario.

Todos los participantes de este estudio ya se encontraban bajo tratamiento médico-farmacológico y presentaban mejoría respecto a su ingreso tal y como se encontró plasmado en el expediente clínico, con el cual se cotejaron los datos obtenidos.

En el caso del presente estudio, se corroboró lo que en otros países se ha encontrado, afirmando la hipótesis planteada, haciendo mención que el objetivo no era encontrar enfermedad mental, si no la relación existente entre el diagnóstico psiquiátrico y homicidio.

5. BIBLIOGRAFÍA

1. Eronen M, Tiihonen J, Hakola P. Schizophrenia and homicidal behavior. *Schizophrenia Bulletin* 1996; 22(1):83-89.
2. Eronen M, Hakola P, Tiihonen J. Mental disorders and homicidal behavior in Finland. *Archives of General Psychiatry* 1996;53:497-501.
3. Eronen M, Argermeyer MC, Schulze B. The psychiatric epidemiology of violent behaviour. *Soc. Psychiatry. Psychiatry Epidemiology* 1998;33:S13-23.
4. Hodgins S, Mednick SA, Brennan PA, et al. Mental Disorder and Crime: Evidence From a Danish Birth Cohort. *Archives of General Psychiatry* 1996; 47:489-496.
5. Monahan J. Mental Disorder and Violent Behavior: Perceptions and Evidence. *American Psychologist* 1992; 47:511-521.
6. Volavka J, Laska E, Baker S, et al. History of Violent Behaviour and Schizophrenia in Different Cultures: Analyses Based on the WHO Study on Determinants of Outcome of Severe Mental Disorders. *British Journal of Medicine* 1997;171:9-14.
7. Stueve A, Link BG. Violence and Psychiatric Disorders: Results from an Epidemiological Study of Young Adults in Israel. *Psychiat Q* 1997;68:327-342.
8. Swanson JW, Holzer CE, Ganju VD et al. Violence and Psychiatric Disorder in the Community: Evidence from the Epidemiological Catchment Area Surveys. *Hospital and Community Psychiatry* 1990;41:761-770.
9. Haefner H, Boeker W. Crimes of violence of mentally abnormal offenders. Cambridge, England. Cambridge University Press, 1973.
10. Hodgins S. Mental disorder, intellectual deficiency and crime. *Archives of General Psychiatry* 1992; 49:476- 483.
11. Hodgins, S. & Co, G. (1993) The criminality of mentally disordered offenders. *Criminal Justice and Behavior*, 28,115-129.
12. American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th edn) (DSM-IV-TR)*. Washington, DC: APA.
13. Fernández Aurrecochea J, García de Gregorio JA, Elices Prados R, Gallardo Mayo C, Reoyo Jiménez A. *Esquizofrenia y Conducta Violenta. Revisiones*
14. Código Penal Federal de los estados Unidos Mexicanos (2001). *Tratamiento de inimputables y quienes tengan el habito o necesidad de consumir estupefacientes o*

psicotrópicos en internamiento o libertad. H.H. Congreso de la Unión. Estados Unidos Mexicanos.

15. Código Penal del Estado de Guanajuato (2002) Estados Unidos Mexicanos.
16. Fuertes Rocañin JC, Cabrera Forneiro J. La Enfermedad Mental ante la Ley. Editorial Libro del Año. España 1994
17. Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad Complutense de Madrid, 2007; 157-164.
18. Código de Procedimientos Penales Federales de los Estados Unidos Mexicanos.
19. Fuertes Rocañin JC, Cabrera Forneiro J. La Salud Mental ante los Tribunales. Editorial Aran. España 2004.
20. J. Arboleda-Florez. *Psiquiatría Forense: Alcance actual, desafíos y controversias*. World Psychiquiatry 2006; 87:89- 4.
21. Modestin J, Ammann R. Mental Disorder and Criminality: Male Schizophrenia. Schizophrenia Bulletin 1996;22 (1):69-82.
22. Nolan KA, Volavka J, Mohr P et al. Psychopathy and Violent Behavior among Patients with Schizophrenia or Schizoaffective disorder. Psychiatric Services 1999;50: 787-792.
23. Neighbors et al. The Prevalence of Mental Disorder in Michigan Prisons. The University of Michigan.
24. Wesseley SC, Castle D, Douglas AJ. et al. The Criminal Careers of Incident Cases of Schizophrenia. Psychological Medicine 1994;24:483-502.
25. Mulen PE. A Reassessment of the Link Between Mental Disorder and Violent Behavior and its Implications for Clinical Practice. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 1997;31:3-11.
26. Hodgins, S. & Janson, C.-G. (2002) Criminality and Violence Among the Mentally Disordered: The Stockholm Metropolitan Project. Cambridge: Cambridge University Press.
27. Bonta, J., Law, M. & Hanson, K. (1998) The prediction of criminal and violent recidivism among mentally disordered offenders: a meta analysis. Psychological Bulletin, 123,123 -142.
28. Hodgins, S., Lapalme, M. & Toupin, J. (1999) Criminal activities and substance use of patients with major affective disorders and schizophrenia: a two-year follow up. Journal of Affective Disorders, 55,187-202.
29. Mueser et al. Prevalence of Substance Abuse in Schizophrenia: Demographic Clinical Correlates. Schizophrenia Bulletin 1990;16(1):31-56.

30. Scott H, Johnson S, Menezes P, et al. Substance Misuse and Risk of Aggression an Offending Among the Severely Mental Ill. *British Journal of Psychiatry* 1998; 172:345-350.
31. Steinert T, Wölfle M, Gebhardt RP. Measurement of Violence During In-patient Treatment and Association with Psychopathology. *Acta Psychiatr Scand* 2000;102:107-112.
32. Swanson JW. Mental Disorder, Substance Abuse, and Community Violence: an Epidemiological Approach. *Violence and Mental Disorder: Developments in Risk Assessment*. Editado por Monahan J, Steadman HJ. Chicago, University of Chicago Press.
33. Krakowsky M, Czobor P, Chou J. Course of Violence in Patients with Schizophrenia: Relationship to Clinical Symptoms. *Schizophrenia Bulletin* 1999;25(3):505-17.
34. Humphreys et al. Dangerous Behaviour Preceding First Admissions for Schizophrenia. *British Journal of Psychiatry* 1992;161:501-505,1992.
35. Steadman et al. Violence by People Discharged from Acute Psychiatric Inpatient Facilities and by Others in the Same Neighbourhoods. *Arch Gen Psychiatry* 1998;55:1-9.
36. Taylor PJ. Motives for Offending Among Violent and Psychotic Men. *British Journal of Psychiatry* 1985;147:491-498.
37. Arango C, Calcedo A, González-Salvador T, et al. Violence in inpatients with schizophrenia: a prospective study. *Schizophrenia Bulletin* 1999;25(3):493-503.
38. Link BG, Andrews H, Cullen FT. The Violent and Illegal Behavior of Mental Patients Reconsidered. *American Sociological Review* 1992;57:275-292.
39. Link BG, Stueve A. Psychotic Symptoms and the Violent / Illegal Behavior of Mental Patients Compared to Community controls. University of Chicago Press, 1994: 137-159.
40. Organización Panamericana de la Salud (2002) Muertes por Homicidio, Suicidio y Accidentes en pacientes con Trastornos Mentales. *Revista Panamericana de Salud Pública* Vol. 11 No. 1. Washington. ISSN 1020-4989.
41. Erb, M., Hodgins, S., Freese, R., et al (2001) Homicide and schizophrenia: maybe treatment does have a preventive effect. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 11, 6-26.
42. Guze S, Woodruff R, Clayton P. Psychiatric disorders and criminality. *Journal of the American Medical Association* 1974;227:641-642.
43. M. Benezech, El Enfermo Mental Homicida en Francia. *Revista Cubana de Derecho* Núm.1, Marzo 1991; 112-117
44. Wessely S. The Epidemiology of Crime, Violence and Schizophrenia. *British Journal of Psychiatry* 1996; 170(32):8-11.

45. Soyka M. Substance Abuse and Dependency as a Risk Factor for Delinquency and Violent Behavior in Schizophrenic Patients; How Strong is Evidence? *Journal of Clinical and Forensic Medicine* 1994;1:3-7.
46. Juginger J, Parks-Levy J, McGuire L. Delusions an Symptom-Consistent Violence. *Psychiatric Services* 1998; 49:218-220.
47. Carrasco Gómez JJ, Maza Martín JM. *Manual de Psiquiatría Legal y Forense*. Editorial La Ley. Tercera edición. España 2005.
48. J. Echeverry, F. Escobar, J.W. Martínez (2002) Trastorno de la Personalidad Antisocial en Condenados por Homicidio en Pereira Colombia. *Investigación en Salud* año/vol. 02/IV. Universidad de Guadalajara. ISSN 1405-7950.
49. Calcedo OA. *Alcoholismo, Psiquiatría y Ley*. III Jornadas de Psiquiatría Forense. Nuevo Siglo. Madrid, 1995.
50. Ruiz Rafael. *Código Penal Histórico*. (2002) UNAM
51. *Código Penal para el Distrito Federal en Materia de Fuero Común y para toda la República en Materia de Fuero Federal y su interpretación por el Poder Judicial de la Federación*; Suprema Corte de Justicia de la Nación; 1998.
52. *Las reformas penales de los últimos años en México (1995-2000)*; García Ramírez, Sergio y Vargas Casillas, Leticia A. (Coordinadores); 2001.
53. *Pena de muerte*; Díaz-Aranda, Enrique y Islas de González Mariscal, Olga; 2003.
54. *Criminología y derecho*, 2a.ed.; Romo Medina, Miguel; 1989.
55. Centro de Estudios Económicos del Sector Privado A.C. *La Inseguridad Pública en México*. No. 170; Octubre 2002.
56. *Las penas sustitutivas de prisión*; Varios; 1995.
57. *La pena de prisión, propuestas para sustituirla o abolirla*; Fernández Muñoz, Dolores Eugenia; 1993.
58. Gottlieb et al. Psychotic homicides in Copenhaguen from 1959 to 1983. *Acta Psychiat Scand* 1987; 76:285-292.
59. Brennan, A., Mednick, S. A. & Hodgins, S. (2000) Major mental disorders and criminal violence in Danish Birth cohort. *Archives of General Psychiatry*, 57, 494-500.
60. Coid B, Lewis SW, Reveley AM. A twin study of psychosis and criminality. *British Journal of Psychiatry* 1993;162:87-92. University Press, 1973.
61. Hyde PS, Seiter RP. *The Prevalence of Mental Illness among Inmates in the Ohio Prison System*. Department of Mental Health.

62. Junginger J. Psychosis and Violence: The Case for a Content Analysis of Psychotic Experience. *Schizophrenia Bulletin* 1996;20(1):91-103.
63. Linqvist P, Allebeck P. Schizophrenia and Crime: a Longitudinal Follow-up of 644 Shizophrenics in Stockholm. *British Journal of Psychiatry* 1990;157:345-350.
64. Lindqvist P, Allebeck P. Schizophrenia and Assalutive Behaviour: The Role of Alcohol and Drug Abuse. *Acta Psychiat Scand* 1989;82:191-195.
65. Marco Ribe J. Martí Tusquets Psiquiatria Forense, Segunda Edición. Editorial Espaxs. España 2002.
66. Pernanen K. Alcohol in Human Violence. New York: Guilford Press, 1991.
67. Räsänen P, Tiihonen J, Isohanni M, Rantakallio P, Lehtonen J, Moring J. Schizophrenia, alcohol abuse, and violent behavior: a 26-year follow-up study of an unselected birth cohort. *Schizophrenia Bulletin* 1996;24 (3):437-441.
68. Simon Robert I., Gold Liza H. Textbook of Forensic Psychiatry. The American Psychiatric Publishing. USA 2007.
69. Smith J, Hucker S. Schizophrenia and Substance Abuse. *British Journal of Psychiatry* 1994;165:13-21.
70. Soyka M. Substance Misuse, Psychiatry Disorder and Violent and Disturbed Behavior. *British Journal of Psychiatry* 2000;176:345-350.
71. World Health Organization 1990. International Classification of Diseases (ICD-10).