



**Universidad Nacional Autónoma de México**

**Facultad de Medicina**

**Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”**

**Título:**

“Relación entre enfermedades mentales y conducta delictiva en usuarios con calidad de detenido enviados para valoración psiquiátrica en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez durante el año 2013.”

**Presenta la Tesis para obtener el  
Diploma de Especialista en Psiquiatría**

**Nombre:** Andres Yussell Robles Flores

*Dr. Fernando López Munguía.*

*Dr. Félix Armando Ambrosio Gallardo.*

---

**Nombre**

---

**Nombre**

**Asesor Teórico**

**Asesor Metodológico**

*México, Distrito Federal a 23 de Abril del 2014*



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.

## *AGRADECIMIENTOS*

A la institución por permitirme crecer en todos los aspectos de mi persona, por ofrecerme las actividades que contribuyeron a mi formación y porque aquí he vivido la mejor etapa de mi vida.

Quiero agradecer a mis supervisores los doctores Fernando López y Félix Ambrosio. He aprendido mucho al trabajar con estos experimentados investigadores. Me siento privilegiado por el hecho de que el doctor Fernando López me haya dedicado el tiempo para guiarme y encaminar mi descarrilamiento. Aparte de aportarme su admirable conocimiento en la materia, generosamente me compartió tips y reflexiones durante el proceso de investigación. El doctor Félix Ambrosio soportó de manera paciente mis interminables cuestiones estadísticas y discutió con gusto el trabajo conmigo.

Por último, ha sido una gran alegría sentir el amor y el apoyo de mi familia y amigos a través de este proceso, especialmente durante los últimos meses. Mi gratitud se extiende a muchas más personas de lo que puedo mencionar aquí, pero sobre todo me gustaría dar las gracias a mi hermano Sheridan y a mis padres Andrés y Ma. De Lourdes quienes, cada uno en su manera particular, han sido mi red de seguridad y me han apoyado a través de los momentos más complicados. A Sheridan por poner a prueba mi paciencia y mis habilidades de negociación, y por darme la oportunidad de tener un cómplice en situaciones de alegría, eres el único que siente lo mismo que yo en algunos momentos específicos, los cuales pude compartir contigo, me ayudaste a aligerar la carga. A mis padres por darme la vida, una maravillosa formación, por su ternura, todo su amor y por contagiarme de todas sus fortalezas. Mari, me enseñaste a ser decidido a pelear contra la adversidad y sobre todo me enseñaste a levantarme después de cada tropiezo. Abuelo, me enseñaste a ser perseverante

y paciente, a ponerme pasos fijos para alcanzar mis metas, a ver los problemas con la cabeza fría y a guiarme por la premisa de que toda disciplina tiene su recompensa.

Una mención muy especial a mi Abue, quien estoy seguro se encuentra sonriendo presumiéndome con los demás ángeles en el cielo.

## INDICE

LISTA DE TABLAS, GRAFICAS Y ABREVIATURAS.....	ii
RESUMEN .....	iii
INTRODUCCIÓN .....	1
MARCO TEORICO.....	4
-ANTECEDENTES HISTÓRICOS:.....	4
-CONCEPTOS:.....	6
-EPIDEMIOLOGIA .....	12
-DELITOLOGÍA.....	14
1.- Trastornos psiquiátricos primarios.....	14
2.- Trastornos psiquiátricos secundarios:.....	21
3- Trastornos neuropsiquiátricos:.....	33
-ESTIGMA Y ENFERMEDAD MENTAL .....	35
METODO.....	37
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN: .....	37
HIPOTESIS .....	38
OBJETIVOS .....	38
MUESTRA.....	39
VARIABLES .....	39
CRITERIOS .....	40
TIPO DE ESTUDIO:.....	40

INSTRUMENTO .....	41
PROCEDIMIENTO .....	41
CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	41
RESULTADOS .....	43
DISCUSION.....	60
CONCLUSIONES .....	66
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS .....	68
ANEXOS .....	72

## LISTA DE TABLAS, GRAFICAS Y ABREVIATURAS

Tabla 1 Breve historia de la Psiquiatría Forense.....	4
Tabla 2 Niveles de responsabilidad.....	9
Tabla 3 Criterios para considerar una enfermedad mental como enajenación. ....	10
Tabla 4 Factores de la criminología clínica. ....	11
Tabla 5 Valoraciones solicitadas por alguna autoridad .....	44
Tabla 6 Distribución de valoraciones a lo largo del año 2013 .....	45
Tabla 7 Usuarios que mencionaron padecer una enfermedad mental .....	46
Tabla 8 Pacientes que tuvieron expediente clínico en el HPFBA.....	46
Tabla 9 Distribución de las valoraciones según el genero .....	47
Tabla 10 Distribución por rangos de edad.....	47
Tabla 11 Frecuencia de trastornos mentales asociados a delitos.....	48
Tabla 12 Comorbilidades frecuentemente asociadas.....	49
Tabla 13 Asociación por grupos diagnósticos.....	51
Tabla 14 Listado de delitos cometidos.....	52
Tabla 15 Distribución por tipo de delito.....	53
Tabla 16 Lista de delitos no violentos.....	53
Tabla 17 Lista de delitos violentos.....	54
Tabla 18 Relación entre género y edad con el delito cometido.....	54
Tabla 19 Relación entre género y edad con los delitos no violentos.....	55
Tabla 20 Relación entre género y edad con los delitos violentos.....	55
Tabla 21 Relación entre género y diagnóstico con los delitos violentos.....	56
Tabla 22 Relación entre diagnóstico y comorbilidad con los delitos cometidos.....	58
Tabla 23 Relación entre género y delitos violentos con el diagnóstico psiquiátrico .....	72

Ilustración 1 Distribución de valoraciones en urgencias durante el año 2013. ....	43
Ilustración 2 Distribución de valoraciones solicitadas por alguna autoridad.....	44
Ilustración 3 Distribución de delitos a lo largo del año 2013.....	45
Ilustración 4 Temperatura promedio en Mexico en el año 2013.....	61

#### Abreviaturas

DV: Delito violento.

DnV: Delito no violento.

DSM: Manual diagnóstico y estadístico por sus siglas en ingles.

EP: Esquizofrenia paranoide.

HPFBA: Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

PGJ: Procuraduría General de la Justicia.

PGR: Procuraduría General de la Republica.

TAP: Trastorno antisocial de la personalidad.

TB: Trastorno bipolar.

TCE: Traumatismo cráneo-encefálico.

TLP: Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad

TP: Trastorno de personalidad.

TPP: Trastorno paranoide de la personalidad.

TS: Trastorno relacionado al consumo de sustancias.



## RESUMEN

Introducción: Tradicionalmente se ha asociado a la enfermedad mental con los actos criminales, sin embargo, es preciso aclarar que no todo criminal es un enfermo mental y no todo enfermo mental comete actos criminales. Hablar de estigma social en un trabajo sobre conducta delictiva y salud mental es obligado debido al prejuicio y estereotipos tradicionalmente asociados con los enfermos mentales considerados como personas violentas. A pesar de los numerosos estudios realizados para relacionar la delincuencia y las enfermedades mentales, ha sido complicado extraer conclusiones definitivas. Una evaluación objetiva de la asociación de los trastornos mentales con la conducta delictiva es una condición necesaria para superar el rechazo social de los individuos afectados y en definitiva favorecer la calidad de vida de estas personas.

Métodos: En el presente estudio, se analizaron variables independientes (la edad, el género, los diagnósticos psiquiátricos, el tipo de delito, la utilización previa de tratamiento psiquiátrico y si se trata de pacientes con expediente clínico dentro del HPFBA) de usuarios quienes cometieron algún tipo de delito y que fueron enviados para valoración y apoyo psiquiátrico atendidos en el servicio de urgencias del HPFBA durante el año 2013. Se agruparon las enfermedades mentales en 3 grupos: 1) Trastorno psiquiátrico primario (psicóticos, afectivos, ansiosos, demenciales); 2) Trastornos psiquiátricos secundarios (asociados al consumo de sustancias y a personalidad); 3) Trastornos neuropsiquiátricos (Retraso mental, epilepsia, TCE). El trabajo se realizó con la finalidad de minimizar el estigma social hacia la población con enfermedades mentales demostrando que un mínimo porcentaje de los delitos se asocia a un trastorno psiquiátrico primario.

Resultados: Durante el año 2013 se realizaron un total de 14844 valoraciones en el servicio de urgencias del HPFBA, 816 (5.49%) de estas fueron realizadas a solicitud de alguna autoridad gubernamental (PGR, PGJ, Migración); Se realizaron 449 valoraciones a usuarios en calidad de detenido (55%). En el periodo primavera/verano se realizaron 270 valoraciones (60.13%). Tan solo un 32.5% refirió haber sido diagnosticado como enfermo mental, y al 9.8% se les confirmó que contarán con expediente clínico en el HPFBA. El 80.2% de los casos estudiados fueron realizados por hombres, comparado con el 19.8% del género femenino. Se reportó un 33.4% de los casos dentro del rango de edad que oscila entre los 26 y 35 años. La EP se presentó en un 6.9% y la esquizofrenia indiferenciada en un 4.2%; el TB en un 3.1% y el trastorno depresivo mayor en un 2%; los trastornos relacionados al consumo de sustancias representaron el 27.8%; Para los TP fue 6.7%; no se logró identificar un diagnóstico psiquiátrico en el 16.9%. La principal comorbilidad asociada fue el trastorno por consumo de sustancias. De los delitos valorados el 46.1% fueron considerados violentos. De los 4 homicidios el 75% fueron cometidos por mujeres de las cuales solo una contaba con diagnóstico psiquiátrico primario (trastorno psicótico) y una se relacionó con un trastorno por consumo de sustancias; los 2 homicidios restantes no se asociaron a diagnóstico psiquiátrico (una mujer y un hombre).

Conclusión: La lucha contra el estigma social es un aspecto clave en los intentos por mejorar la calidad de vida de los enfermos mentales. Es necesario cambiar las emociones, opiniones y conductas erróneas hacia los enfermos mentales, situando adecuadamente el tema de la violencia. El presente estudio confirma que existe una mínima relación entre conducta delictiva y enfermedad mental en la que esta última juega un papel como factor de riesgo, sin embargo es necesario realizar estudios en los cuales se relacionen factores como apego al tratamiento, genética, ambiente, insight, etcétera. Solo una mínima proporción de los

sucesos violentos estudiados en el presente trabajo fueron cometidos por personas con un trastorno psiquiátrico primario. Los enfermos mentales con conducta delictiva presentaron una alta frecuencia de comorbilidad con el trastorno por consumo de sustancias y el trastorno de personalidad. Es imperativo reconocer desde sus inicios a los enfermos mentales y canalizarlos a los servicios de salud mental para incidir de manera positiva sobre estos con manejos multidisciplinarios, intervenciones terapéuticas y farmacológicas para evitar la aparición o reincidencias delictivas además de mejorar la calidad de vida de los pacientes.

## INTRODUCCIÓN

Uno de los grandes problemas sociales que existen en México y el mundo es la conducta delictiva. Según datos de la OMS la violencia es una de las principales causas de muerte en el mundo, principalmente entre los 15 y 44 años de edad. La violencia suele ser considerada como un componente ineludible de la condición humana, a la cual hemos aprendido a reaccionar y en lugar de prevenir. En la 49ª Asamblea Mundial de la Salud se declara la violencia como un importante problema de salud pública en todo el mundo, lo que inicio un movimiento para el estudio y prevención de la misma.

Durante el siglo XX se consolidó la Psiquiatría como especialidad médica siendo una de las habilidades del médico psiquiatra el analizar e integrar la conducta humana y sobre todo la conducta patológica. Para comprender el fenómeno de la violencia es necesario analizar los factores que influyen la conducta y que pueden aumentar el riesgo de cometer actos violentos. Estos factores pueden ser biológicos, sociales, culturales, económicos y políticos, y nunca es un solo factor único. Tradicionalmente se ha asociado a la enfermedad mental con los actos criminales, esto debido a que determinados comportamientos delictivos pueden relacionarse o atribuirse a anomalías mentales. Sin embargo, es preciso aclarar que no todo criminal es un enfermo mental y no todo enfermo mental comete actos criminales, pues aunque exista un diagnóstico clínico debe existir también una relación entre el acto y la motivación. Existe una amplia gama de conductas delictivas y una gran diversidad de enfermedades mentales, por ende la relación entre ambos fenómenos no es sencilla de explicar. Esto plantea diversos dilemas como la responsabilidad jurídica y la respuesta institucional para el enfermo mental que comete el delito.

Existe una estrecha relación entre la enfermedad mental y el riesgo de exclusión social, por lo que el hecho de padecer una enfermedad mental supone una alta vulnerabilidad psicosocial, cuyas consecuencias negativas pueden incluir el aislamiento, la segregación o el rechazo y en algunos casos las conductas delictivas. Hablar de estigma social en un trabajo sobre conducta delictiva y salud mental es obligado debido al prejuicio y estereotipos tradicionalmente asociados con los enfermos mentales considerados como personas violentas. Los enfermos mentales con frecuencia tienen que enfrentarse a un doble problema, por un lado a la sintomatología de la propia enfermedad, y por otro al estigma. El fenómeno del estigma funciona como una barrera para el desarrollo de servicios comunitarios y para la integración de las personas afectadas. El estigma al paciente psiquiátrico es un árbol torcido y seco que crece con múltiples ramificaciones (discapacidad, locura, violencia, etc.) y combina tres aspectos importantes: los estereotipos (estructuras de conocimiento cognitivas), el prejuicio (consecuencia cognitiva y emocional de los estereotipos) y la discriminación (consecuencia conductual del prejuicio).

A pesar de los numerosos estudios realizados para relacionar la delincuencia y las enfermedades mentales, ha sido complicado extraer conclusiones definitivas, dado que muchos estudios se han realizado con población de prisiones y con población psiquiátrica hospitalizada. Los datos disponibles de los estudios epidemiológicos no confirman la atribución generalizada de conductas violentas ni el riesgo de desarrollarlas, a la mayoría de las personas con enfermedades mentales graves. En conjunto la información disponible es debatible por problemas metodológicos, así como difícil de comparar entre estudios y países.

Es importante conocer la frecuencia en que los enfermos con trastornos mentales primarios (psicóticos, afectivos, ansiosos, demenciales) en México cometen una conducta delictiva violenta por lo que el presente trabajo actualiza variables implicadas en dicha

asociación, como el género o el consumo de sustancias. Una evaluación objetiva de la asociación de los trastornos mentales con la conducta delictiva es una condición necesaria para reducir el estigma, superar el rechazo social de los individuos afectados y en definitiva favorecer la calidad de vida de estos pacientes.

## MARCO TEORICO

### -ANTECEDENTES HISTÓRICOS:

La enfermedad mental y la conducta delictiva han sido relacionadas desde el inicio de la historia. Se han encontrado documentos que datan del el siglo XIII a.C. En la tabla 1.1 se describe una breve sinopsis de los avances de mayor trascendencia a lo largo de la historia dentro de la psiquiatría forense, para comprender de una manera más completa la relación existente entre ambos fenómenos <sup>1</sup>.

Tabla 1 Breve historia de la Psiquiatría Forense.

Siglo XIII a.C.	Primera noticia bien documentada que existe, cuando el jurista chino Sang Tsu escribió el tratado pericial " <i>Si Yuan</i> " sobre la veracidad de los testimonios en caso de homicidio.
Siglo V a.C.	En la ley de las XII Tablas se describe el intervalo lúcido.
Siglo II	Galeno escribió un tratado pericial sobre la "Simulación de las Enfermedades".
Siglo VI	En el Código del Jurisconsulto Romano Justiniano se abunda en el intervalo lúcido.
Siglo IX	El Emperador Carlomagno estableció en sus Capitulares que los jueces debían apoyarse en el parecer de los médicos para tomar sus decisiones.
Siglo XVI	-Juan Luis Vives, precursor de la Psicología científica considera ya la motivación psicológica en la conducta individual y social del hombre. - La <i>Constitutio Criminalis</i> Carolina. Exige peritaje médico en las lesiones, homicidio, aborto, infanticidio, sobre todo en los procesos penales contra enfermos mentales. - Aparece la figura del Perito nombrado de oficio ( <i>Amicus curae</i> ).
Siglo XVII	Pablo Zacchias, designado por el Tribunal de la Rota para un dictamen médico. "Para juzgar el estado mental de un individuo, el único capacitado para ello es el médico, puesto que mientras los juristas prestan atención a los discursos y a los actos, los médicos se aplican a estudiar la fisonomía, las particularidades físicas y las psíquicas, representadas especialmente en el modo de pensar y por el modo como se exteriorizan los sentimientos".
Siglo XVIII	<b>Surgimiento de la Psiquiatría.</b> a) Fodere escribe el libro "Medicina Legal Excusante y Exceptuante". b) Pedro Mata escribe el Tratado sobre el Estudio del Estado Mental y del Juicio de una Persona en Causa Criminal o Civil, en el que ya expone la

	<p>valoración psiquiátrica pericial.</p> <p>c) Beccaria: "Se impone afirmar que el delito debe ser analizado en función del daño y el peligro social que impone, que se debe hablar de prevención más que de expiación, todos los hombres deben ser iguales en las penas".</p> <p>d) La Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano, precisa que ningún crimen, ninguna pena, sin ley</p>
Siglo XIX	<p><b><u>Consolidación de la Psiquiatría</u></b></p> <p>a) Prichard describe la llamada "<i>locura moral</i>" refiriéndose a la sociopatía.</p> <p>b) Falret sustituye en la legislación francesa los términos imbecilidad, demencia y furor por alienación mental.</p> <p>c) Garófalo, sienta las bases para la actual Criminología, discípulo de Lombroso.</p> <p>d) Ferri, estudió el homicidio en la antropología criminal.</p> <p>e) Moreau, escribió el estudio médico legal de la paranoia, entonces denominada "<i>locura razonante</i>".</p> <p>f) Morel, escribe un Tratado de las Enfermedades Mentales, en la que precisa que los peritos no deben entrar en el análisis de la responsabilidad penal, sino en el estudio del estado mental del presunto delincuente durante los hechos.</p>
Siglo XX	<p>Se conforma e integra la psiquiatría en la medicina. Se perfeccionan los conceptos anteriores creando leyes que verdaderamente protejan al hombre enfermo y garantizan el bienestar de la sociedad.</p>

\* Resumen realizado por Cabrera Forneiro.

La tradición histórica de incapacitar a los sujetos que cometen delitos violentos para prevenir que cometan nuevos crímenes se describe desde el inicio de la humanidad. La legislación penal durante la antigüedad y la edad media estipulaba varias formas de castigos e incapacitación, dependiendo del delito cometido y el estatus social del delincuente. Los castigos corporales eran más comunes que la privación de la libertad (exilio o esclavitud). En el siglo XVIII Voltaire demandó que la justicia criminal se debía concentrar en la prevención más que en el castigo del crimen. Posteriormente de acuerdo a Kant, los castigos fueron motivados por las ideas de responsabilidad, en ese sentido si el individuo que está libre de elegir como actuar hace la elección de cometer un acto criminal, es culpable y por ende merece un castigo. Casi de manera paralela a este cambio en la ley penal, la psiquiatría moderna comenzó a desarrollarse. Esta nueva ciencia estudiaba los mecanismos detrás de la conducta humana, no solo enfocándose en aquellas personas que padecían alguna forma de "locura", sino también en aquellos culpables de lo que se consideraban actos



incomprensibles o extraños, especialmente si involucraban componentes destructivos o inmorales. A finales del siglo XIX, Cesare Lombroso sugirió la idea de que las conductas criminales eran heredables. En la nueva escuela referida como “ley penal positiva”, los castigos no servirían como represalias, sino que serían impuestos como una forma de tratamiento necesario para que el delincuente no reincidiera en las conductas criminales o en casos más extremos necesarios como protección para la sociedad de dichos criminales. La psiquiatría forense se desarrolló con base a estas ideas durante el inicio del siglo XX. Los cortes se volvieron expertas en la materia para así comprender el complejo mecanismo detrás del crimen y así saber si sería o no exculpado <sup>1,2</sup>.

A partir de 1988 la Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales de la OMS incluye en su novena edición a los trastornos de personalidad dentro de las enfermedades. Este cambio en la doctrina científica supone un cambio paralelo aunque no total en la doctrina jurisprudencial, ya que todavía se dictan sentencias no reconociendo la categoría de enfermedad mental y otras que sí la reconocen pero no consideran a los psicópatas como enajenados como en la STS de 29 de febrero de 1988 (RJ 1988/1341) en la que afirma que el psicópata es un enfermo mental pero aclara que “no es, ciertamente, un enajenado en sentido estricto puesto que no está fuera de sí” <sup>3</sup>.

En México, lamentablemente no existen escritos o aportaciones sustantivas a la Psiquiatría Forense, pocos son los especialistas que se han interesado en el tema <sup>1</sup>.

#### -CONCEPTOS:

Es indispensable definir algunos conceptos básicos para facilitar el entendimiento entre el derecho y la psiquiatría. Diferentes autores han definido a la psiquiatría forense <sup>1</sup>:

- a) Slovenko.- "la aplicación de la psiquiatría a las cuestiones legales con fines legales"
- b) Quiroz Cuarón quien simplemente dice que es la psiquiatría que colabora con la administración de la justicia.
- c) Ribe.- "psiquiatría en función de la justicia, y su objeto de estudio es el hombre, enfermo de la mente, ya sea violador de la normativa jurídica, ya que esté necesitado de la protección jurídica".
- d) Calcedo.-"desde un punto purista, la Psiquiatría Legal es la implicación del Derecho en la Psiquiatría, es decir, la regulación legal de la psiquiatría, mientras que la Psiquiatría Forense es la aplicación de los conocimientos psiquiátricos para la administración de la Justicia, es decir, la Psiquiatría en el Derecho". "La competencia del perito ha de ser doble; por una parte, debe conocer los hechos mismos médicos; por otra, ha de saber darles su valor médico-legal".

La psiquiatría forense es uno de los espacios del conocimiento de la psiquiatría que cobra cada día mayor relevancia en nuestro entorno, por las implicaciones de los trastornos mentales y del comportamiento en el campo de las leyes, expresados en los distintos compendios normativos que el derecho ha establecido para tratar de normar la vida social; particularmente, en el derecho penal, penitenciario, civil, familiar, laboral, entre los más importantes. Cobran especial relevancia los que tienen que ver con la trasgresión de las normas de convivencia social y que nombran a esas conductas como *delictivas*. Es deber del psiquiatra general pero, sobre todo, del forense, hacer que la estigmatización de los enfermos mentales desaparezca, ese signo de desgracia o descrédito que distingue a una persona de otra y que, en psiquiatría, se relaciona más con la apariencia de la persona o con su probable peligrosidad; además, la experiencia de la vergüenza, culpabilidad, secreto, aislamiento, exclusión social, estereotipos y discriminación deberían ser cosa del pasado <sup>4,5</sup>.

**CAPACIDAD CIVIL.** Situación de normalidad en la que una persona mayor de edad puede y debe ejercer sus derechos civiles, otorgados como garantías constitucionales y así ejecutar de forma válida y legal ciertos actos jurídicos. Se conforma por la Capacidad Jurídica pero sobre todo la Capacidad de Obrar, es decir, la capacidad para gobernar esos derechos y obligaciones. Esta posibilidad requiere un grado suficiente de inteligencia y de voluntad y la suficiente autonomía personal. Existen factores como la enfermedad mental grave que disminuye o anula dicha capacidad, o las deficiencias orgánicas y funcionales, siempre y cuando sean de tal intensidad o naturaleza que impidan al sujeto su relación con el medio, como la sordomudez, la ceguera o la tetraplejía, y otras situaciones como el alcoholismo y la toxicomanía graves y habituales que también incapacitan al individuo. En esas circunstancias, el individuo está impedido de realizar ciertos actos jurídicos; en forma protectora el Código Civil prevé un proceso judicial llamado Juicio de Interdicción, para evitar el abuso sobre el enfermo, o el derroche de los bienes por parte de éste y en contra del bienestar familiar. Entonces se habla de Incapacidad Civil.

**IMPUTABILIDAD.** Concepto Jurídico de sustrato biológico por el que se define la capacidad de la persona para que se le atribuya la responsabilidad de algún acto delictivo cometido por ella. Es la esencia de la capacidad volitiva del sujeto activo de un delito, a la relación con la culpabilidad respecto del mismo delito. La voluntad se interpreta como la capacidad psíquica del sujeto para mantener la relación directa entre el "querer" y el "conocer" la conducta típica descrita y la segunda como la capacidad de comprender la ilicitud del hecho realizado y conducirse conforme a esa comprensión, por tanto estaría en entredicho su responsabilidad penal. La responsabilidad nace de la voluntad de infringir la ley, o de la imprevisión, o la negligencia, falta de reflexión, etc. Así si la capacidad intelectual, la voluntad y el juicio (conocer, actuar y querer) están tan alterados que lleguen a anularse

hablaremos de inimputabilidad, pero si sólo se encuentran disminuidas estamos ante la semi-imputabilidad, es decir, en el primer caso, ante la exigente de responsabilidad, en el segundo atenuante de responsabilidad. De forma similar a la incapacidad, la enfermedad mental grave, las alteraciones sensoriales que modifican la capacidad de conocer de la persona, cobran importancia con la inimputabilidad. Estas diferencias originan los conceptos jurídicos de la enajenación y trastorno mental transitorio. En la tabla 1.2 se aprecian los distintos niveles de responsabilidad de acuerdo con la magnitud del trastorno psíquico.

Tabla 2 Niveles de responsabilidad.

El imputable	El trastorno mental no afecta el entendimiento, ni la voluntad con que se actúa. Es totalmente responsable, como en la depresión moderada, trastornos de personalidad, etc.
El semi-imputable	El trastorno mental no anula totalmente la inteligencia o entendimiento, ni la voluntad con que se actúa, es decir, hay una responsabilidad disminuida o atenuada. Depresión mayor, epilepsia, ciertos actos bajo la influencia de drogas, etc.
El inimputable	Es el que padece un proceso enajenante que anula su capacidad de conocer y de actuar, por tanto su voluntad. Es o puede ser, totalmente irresponsable. Como sucede en la esquizofrenia agudizada, en el retraso mental de moderado a profundo o en el trastorno demencial.

**ENAJENACIÓN MENTAL.** Enajenado es el que está privado del juicio o del uso de la razón, según el Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua. Es actualmente por sí mismo un concepto jurídico, que se define como el estado patológico del individuo por detención del desarrollo (como en el Retraso Mental), desviación (Psicosis) o decadencia (Demencia) de las funciones intelectuales, siempre que estos diferentes estados pueden responder a especies morbosas definidas y el individuo sea capaz de dirigirse normalmente, lo que lo hace exento de responsabilidad penal y limita o restringe su capacidad civil. Así que las anomalías psíquicas de relevancia legal, son todos aquellos estados que de manera persistente impiden el autogobierno de la persona, siendo esta aptitud y no la etiología clínica, lo que ha de apreciar el Juez, ya sea en el ámbito penal (inimputabilidad) o en el

terreno civil (incapacidad). Para que una enfermedad mental (concepto clínico) sea considerada como enajenación (concepto jurídico) debe cumplir los criterios enumerados en la tabla 1.3. Cumplen con los anteriores criterios, sólo algunas de las enfermedad mentales, si bien cualquier trastorno mental o del comportamiento puede tener una repercusión jurídica, ya sea como atenuante de responsabilidad o como agravante de la misma.

Tabla 3 Criterios para considerar una enfermedad mental como enajenación.

Criterio Psicopatológico	La enfermedad mental tiene que afectar al conocimiento con que el sujeto realiza los actos, al juicio para aplicar dichos actos y a la libertad volitiva que se emplea. Es decir, debe alterar la capacidad de querer, conocer y actuar.
Criterio Cronológico.	La enfermedad debe ser persistente en el tiempo, y así los estados intermitentes (hipnosis, sonambulismo, fenómenos postictales) no determinan causa de incapacitación, sin perjuicio de que los actos realizados bajo su régimen, puedan ser impugnados por falta de consentimiento (voluntad).
Criterio Jurídico	La ley exige que la misma anomalía impida al sujeto autogobernarse. Con mayor frecuencia es el criterio en el que más se apoya el Juez para tomar su decisión.

Solamente existen tres grupos de patologías que pueden denominarse jurídicamente como enajenación: a) Las psicosis crónicas como las Esquizofrenias y el Trastorno Bipolar. b) Los trastornos demenciales. c) El retraso mental, sobre todo el moderado, grave y profundo. La enfermedad mental grave debe revestir ciertas características clínicas para ser considerada como tal: a) Reducción o pérdida de la libertad del sujeto frente a sí mismo. b) Aparición de estructuras psíquicas nuevas y cualitativamente distintas a las que tienen los sanos (ideas delirantes y alucinaciones). c) Alteración en el control de la realidad y en la interacción social. d) Dificultades graves para el control instintivo. El trastorno mental transitorio se refiere a la perturbación de causa inmediata, de aparición más o menos brusca, de duración en general no muy extensa y que termina con la curación sin dejar huella. Ha de producir para ser estimado como eximente, las mismas características que la enajenación, sobre el querer, conocer y actuar, es decir, anular el entendimiento y la voluntad. En su

génesis no deben intervenir factores de origen psicológico como la emoción violenta. También cumple como atenuante de responsabilidad, sino anula las capacidades, pero si las limita o disminuye.

**PELIGROSIDAD.** Capacidad o probabilidad que una persona tiene para devenir como actora de un delito o de dañar o lastimar a otra. La peligrosidad del enfermo mental es la probabilidad de que una enfermedad mental o del comportamiento produzca alteraciones de la conducta que impliquen riesgo para quien los padece o para las personas u objetos que le rodean, incluida la posibilidad de cometer actos delictivos. Es frecuente que se tome al enfermo mental por sí mismo como una persona peligrosa, incluso de alta peligrosidad, considerando como sinónimos enfermedad mental, peligrosidad, criminalidad y violencia. Debe quedar claro que no existen datos científicos que demuestren que el enfermo mental es más peligroso para la sociedad que los sujetos "normales"; también es cierto que todo enfermo, es tanto más peligroso cuanto más próximo está de la normalidad.

La Criminología y la Psiquiatría se relacionan básicamente en: a) La búsqueda de explicaciones a los enigmas del crimen y del criminal. b) La rehabilitación del criminal encarcelado. C) La predicción de la reincidencia. Se enumeran los Factores de la Criminología Clínica en la tabla 1.4, los cuales pueden aparecer de manera constante <sup>1</sup>.

Tabla 4 Factores de la criminología clínica.

Factor Predisponente	Trastornos de personalidad, rasgos psicobiológicos, etc.
Factor Preparante	Consumo de sustancias.
Factor Desencadenante	Síntomas psicóticos, daño orgánico cerebral.

## -EPIDEMIOLOGIA

La psiquiatría actual discute sobre la frecuencia de la criminalidad y su relación causal con la enfermedad mental. El reto de atención de los enfermos es grande, los trastornos neuropsiquiátricos ocupan el quinto lugar como carga de enfermedad al considerar indicadores de muerte prematura y días vividos con discapacidad. Cuatro de las diez enfermedades más discapacitantes son psiquiátricas (depresión, consumo de sustancias, esquizofrenia y trastorno obsesivo-compulsivo). Es factible pensar que el índice de enfermos se incremente debido a problemas como pobreza, violencia, aumento en la disposición de drogas y envejecimiento de la población, entre otros factores. Alrededor del 30% de la población mexicana ha presentado una enfermedad psiquiátrica a lo largo de su vida. Por tipo de trastornos, los más frecuentes fueron los trastornos de ansiedad seguidos los trastornos afectivos y los trastornos por uso de sustancias. El cambio epidemiológico en adicciones en México ha tenido repercusiones importantísimas en los sistemas encargados de la procuración, impartición y administración de la justicia en este país y esto se ve reflejado en el crecimiento de la tasa de los delitos relacionados contra la salud con un incremento de casi un 50% en relación con 1998. Con respecto al predominio de los comportamientos violentos o criminales en los enfermos mentales es factible decir, que la frecuencia con que éstos suceden en contra de terceros en las dos semanas previas a la hospitalización oscila entre 10 y 40%. Los varones con enfermedad mental que presentan al menos un antecedente de violencia, cometen un nuevo acto violento durante el año posterior a su salida del hospital, situación que crece considerablemente si se involucra alcohol o drogas <sup>1,4,6</sup>.

Los estudios efectuados en poblaciones penitenciarias en México arrojan que de 6 a 15% de los procesados y 10 a 15% de los sentenciados presentan trastornos psiquiátricos graves, agudos o crónicos. La morbilidad psiquiátrica puede alcanzar hasta 60% de la población penal. Cabe señalar que la frecuencia de trastornos es diferente a la encontrada en la población general, así la esquizofrenia aparece multiplicada por tres, la depresión mayor por 3.5, el trastorno bipolar hasta por 14. Respecto a la frecuencia de los trastornos de personalidad en la población penitenciaria, la tasa de prevalencia en los varones es del 65%, especialmente del trastorno antisocial (47%), y en las mujeres del 42%, especialmente del trastorno límite (25%) y del antisocial (21%). En la población general un 11% de personas diagnosticadas con trastornos de personalidad informaron conductas violentas respecto al 7% de la población sin estos trastornos. Sin embargo, la cifra ascendía al 52% si se asociaba abuso de alcohol u otras drogas. En general, la mayor parte de estudios sugiere la existencia de una relación positiva entre el trastorno mental grave, comorbilidad psiquiátrica y criminalidad, sobre todo en casos como esquizofrenia con abuso de alcohol para crímenes violentos. La incidencia de la psicopatía es algo más baja en la población de centros psiquiátricos penitenciarios (10- 15%) que en la de reclusión (15-25%). La violencia no caracteriza a todos los pacientes y hay que enfatizar que la criminalidad de los enfermos mentales representa una pequeña proporción de la criminalidad general. Los trastornos esquizofrénicos representan sólo el 3% de la violencia general, el consumo de sustancias por si sola es responsable de más violencia que los demás trastornos mentales juntos. La génesis del crimen involucra una serie de factores, la enfermedad mental es sólo uno de ellos, y que el enfermo mental bajo tratamiento farmacológico y atención psicoterapéutica presenta bajo riesgo de conductas violentas. El reducido número de incidentes violentos



graves que ocurren en hospitales psiquiátricos demuestra que dichos enfermos tienen un nivel de peligrosidad realmente bajo <sup>1,7</sup>.

## -DELITOLOGÍA.

La Delitología es el área del conocimiento criminológico que analiza las tendencias o inclinaciones hacia la comisión de cierto tipo de delitos en relación con características particulares del infractor, como puede ser la psicopatología que facilita u obliga algunos hechos delictivos. A continuación se pronuncian las señas delitológicas de los trastornos mentales de mayor relevancia así como sus características principales <sup>1</sup>.

### 1.- Trastornos psiquiátricos primarios.

A) Trastornos psicóticos: En el caso de los enfermos psicóticos se han identificado síntomas claves que son capaces de originar peligrosidad como: a) Perturbación en la unidad o identidad del yo. b) Alucinaciones auditivas, sobre todo si son voces de comando y que el enfermo identifica como de alguien conocido, que es además una autoridad y que la realización de la orden no lo pone en riesgo. c) Perplejidad. d) La despersonalización y la desrealización. e) La ideación delirante, sobre todo bien estructurada y en relación con las alucinaciones auditivas. Factores como un el historial previo de crimen (comportamiento violento, arrestos previos), agudización de síntomas psicóticos y un periodo prolongado sin tratamiento antipsicótico se consideran más asociados a la conducta violenta grave que los factores sociodemográfico. Existen factores dinámicos que se asocian de manera significativa con el riesgo de conducta violencia: Comportamiento hostil, pobre control de impulsos, pobre insight, abuso de sustancias, pobre adherencia terapéutica. Se encontró que los pacientes psicóticos que utilizan medicamento antipsicótico de depósito tienen la

tendencia a ser más violentos que los que utilizan medicación oral, esto podría explicarse por el hecho de que esos pacientes son de por sí violentos y una indicación para el medicamento de depósito es precisamente para tener un adecuado control sintomático sumando un adecuado apego farmacológico. Los síntomas negativos no se asocian con el riesgo de violencia, esto sugiere que la motivación y planeación median la violencia <sup>1,8,9,10</sup>.

Los sujetos con psicosis se asocian con un mayor riesgo de reincidencia de actos delictivos aunque no necesariamente implica un rol causal, considerándose posible que los factores sociodemográficos (historia criminal) y otros factores como el abuso de sustancias sean de mayor importancia. Las mujeres con trastornos psicóticos aparentan tener un mayor riesgo de reincidencia de conductas delictivas en comparación con mujeres con otros trastornos mentales y con la comparación correspondiente con los hombres <sup>11</sup>.

A) Esquizofrenia: Sin duda es el de mayor importancia médico/legal, por la alta frecuencia con que se presentan y por la inusual gravedad del delito. De las formas clínicas, la Paranoide es la de mayor frecuencia delictiva. Aunque la evidencia de una asociación positiva entre esquizofrenia y la violencia ha sido encontrada en investigaciones epidemiológicas a gran escala realizadas en distintos países con diferentes variables y resultados, el comportamiento violento no es común en esta población (prevalencia menor al 10%). En cuanto a los tipos de ilícito, los más comunes son delitos contra la propiedad como destrucción, allanamiento o robo, seguidos de delito del orden sexual como la violación. También cometen, con poca frecuencia otros delitos como la falsificación de documentos o de papel moneda pero lo hacen de una forma ingenua, infantil, poco cuidada. El riesgo estimado de cometer un acto violento aumenta con el consumo de sustancias, y en este rubro no se aprecian diferencias con la población general. Los delitos graves como el homicidio y las lesiones tienen características particulares; el primero suele tener como

víctima a los padres y la segunda se dirige hacia la familia en general, rara vez se trata de agresiones hacia desconocidos. El homicidio se caracteriza por su gravedad, a menudo con arma blanca. Suelen ser actos absurdos, no premeditados, insólitos, psicológicamente incomprensibles, sin repercusión afectiva, con frialdad y ausencia de culpa. Las ideas delirantes de persecución y de influencia con ideas de poder y de control del pensamiento son las características más criminógenas, seguidos de los delirios místicos. Sin embargo, a pesar de que los delirios pueden precipitar la violencia en casos individuales, no incrementan el riesgo de violencia de manera general. La motivación violenta originada por los delirios es rara. La alucinaciones auditivas de comando para dañar a otros puede aumentar el riesgo de violencia, pero el nivel de obediencia a estos comandos es variable. Muchos de los actos violentos cometidos por pacientes con esquizofrenia no están directamente relacionados los síntomas psicóticos. La evidencia sugiere que la violencia en estos sujetos sigue 2 caminos, uno de ellos asociado a factores premórbidos como la conducta antisocial y el otro se asocia con la agudización de síntomas psicóticos. Los delitos se producen por automatismos o por impulsión. Por automatismo se considera cuando no hay motivación, es súbito, irracional, sin signo que lo anuncie. Por impulsión, cuando existe una motivación delirante en un contexto clínico productivo de la enfermedad, con la consecuente auto o heteroagresividad. Los estudios al respecto, coinciden en una frecuencia cercana al 3% de pacientes esquizofrénicos que infringen la ley. Solo 20% de los actos violentos en un hospital psiquiátrico se atribuyeron a síntomas psicóticos como delirios y alucinaciones, el resto se atribuyó a factores como: *Delrium*, impulsividad y comorbilidad con personalidad antisocial<sup>1,9,10,12,13,14</sup>.

Notablemente, la victimización es más alta que el riesgo de violencia. La victimización puede contribuir a un “círculo de violencia” en donde los psicóticos pueden ser victimizados por

encontrarse en situaciones peligrosas como resultado de sus propios comportamientos delictivos. No se encontró un factor neurofisiológico relacionado con el aumento de riesgo de violencia. Existen estudios de neuroimagen que apoyan el rol de la actividad en el área frontal y parietal inferior como mediadoras en el riesgo de violencia en esquizofrenia <sup>8</sup>.

No todos los esquizofrénicos deben considerarse peligrosos, si los de tipo paranoide, con abuso de sustancias con personalidad antisocial premorbida y los agudizados sin medidas de control o tratamiento <sup>1,12,15</sup>.

B) Trastornos afectivos: De los distintos trastornos afectivos que existen, sólo tienen relevancia legal los denominados graves (Depresión Mayor y Trastorno Bipolar) por la presencia de síntomas psicóticos o la ideación suicida.

-El trastorno bipolar, el cual es complicado de diagnosticar en etapas iniciales, tiene una influencia significativa en la calidad de vida de los pacientes, con un alto riesgo de complicaciones médico-legales, más claramente apreciadas durante los episodios maniacos. Este trastorno puede afectar a la capacidad de decisión dentro del espectro contemplado por la ley, especialmente cuando los síntomas maniacos y psicóticos están presentes. En el trastorno bipolar se observa una alta incidencia en conductas infractoras. La prevalencia de convicciones por un crimen violento en personas con TBI es de 8.4%, para la población general es de 3.5%, para los hermanos sanos de pacientes con TBI es de 6.2%. Lo que sugiere el papel importante que tiene la genética en el rol de la conducta violenta. Las personas con trastorno bipolar tienen el doble de posibilidad de cometer crímenes y son arrestados hasta 5 veces más que la población general. La prevalencia de conducta agresiva en el bipolar puro (sin comorbilidad) es de 2.5%, comparado con el 3% en pacientes con esquizofrenia. Factores asociados como el uso de sustancias, la personalidad paranoide y antisocial elevan de manera considerable la prevalencia. Aquellos que tienen la

comorbilidad de consumo de sustancias tienen 8 veces más posibilidad de tener problemas legales y son 6 veces más capaces de cometer un delito violento, esto es incluso mayor que lo encontrado en esquizofrenia con la misma comorbilidad. La comorbilidad entre el trastorno bipolar y el trastorno por sustancias es de hasta 60% <sup>1,6,10,16,17,18</sup>.

Con respecto al estadio en la enfermedad, el riesgo para violencia es más alto en el episodio maniaco y aún más alto si se complica con síntomas psicóticos. Una distribución estacional de las hospitalizaciones para pacientes con episodios maníacos se ha descrito de manera clara, teniendo un pico en los meses asociados con la luminosidad y los rápidos aumentos de la temperatura y una disminución en los meses húmedos y fríos. Los actos agresivos (delitos violentos, homicidio y suicidabilidad) aumentaron durante el verano. En los pacientes con trastorno bipolar I se ha demostrado un factor hereditario de importancia, la excesiva sensibilidad de melatonina a la luz, lo cual cursa de manera independiente al estadio de la enfermedad (manía, depresión, eutimia). La conexión del clima con la agresividad y el suicidio puede involucrar una variación estacional de la receptación de serotonina, siendo esta más baja en el invierno. La capacidad de producción de serotonina por parte del cerebro se relaciona directamente con la luminosidad solar y los incrementos rápidos de temperatura. A menor luminosidad menor recambio de serotonina y mayor presencia de comportamientos impulsivos. La dopamina no presenta estas variaciones estacionales lo que puede explicar porque los pacientes con esquizofrenia no presentan estas variaciones estacionales en su descontrol, así como también puede explicar el hecho de que únicamente aumente la conducta agresiva y el suicidio y no los síntomas psicóticos en las personas con trastorno bipolar <sup>10,19</sup>.

En la fase de hipomanía hay mayor actividad delictiva que en la fase maniaca pero de menor gravedad. El escándalo público, exhibicionismo, abuso deshonesto, desacato,

malversación de fondos públicos o propios, abuso de confianza, falsedades, destrucción de objetos, conducción de vehículos y por supuesto los más graves como las lesiones y el homicidio sobre todo si se sienten humillados u ofendidos <sup>1</sup>.

Se han identificado episodios maníacos en el 75% y síntomas psicóticos en un 60% de los prisioneros diagnosticados con trastorno bipolar uno en el momento de su arresto. Estas características han sido relacionadas con un alto índice de violencia en los pacientes con trastorno bipolar. Se han identificado síntomas altamente asociados con la violencia en personas con trastorno bipolar: ideas delirantes de daño, alteración primaria del pensamiento de tipo control e inserción. En el episodio maníaco, un síntoma importante es la omnipotencia, que los lleva a enfrentarse a la autoridad judicial, al médico o a la policía. Debido a que en la fase de manía existen síntomas como la grandiosidad o la exposición excesiva a situaciones riesgosas, se sugiere que existe una mayor probabilidad de cometer crímenes durante esta fase. Los delitos violentos en esta población se asocian a la grandiosidad, impulsividad y psicosis. Prácticamente son delitos sin premeditación, que surgen de pronto, con seguridad por la velocidad de las ideas. La agresión en el trastorno bipolar se asocia con la paranoia e irritabilidad, impaciencia y falta de insight. La presencia de ideas delirantes no congruentes con el humor como las de persecución, favorecen los actos violentos, al igual que el alcohol y el abuso de sustancias. Tomando en cuenta el riesgo de conducta criminal en los pacientes con un episodio maníaco, a la frecuencia de síntomas psicóticos asociados al momento del arresto y al hecho de que los motivos para actuar de manera violenta estén asociados a cuadros psicóticos en episodios maníacos, se debe realizar una adecuada valoración cognitiva y volitiva a estas personas al momento en que el acto delictivo ocurra ya que es de importancia legal en términos de imputabilidad <sup>1,6,10,16</sup>.

-En la Depresión tanto para hombres como mujeres, si se asocia con el consumo de sustancias aumenta el riesgo de cometer conductas violentas, sin embargo lo es más para las mujeres. Las mujeres experimentan mayores niveles de estrés y a menudo se enfrentan a desventajas económicas y sociales, consecuentemente pueden responder a estos estresores con conductas criminales. Se ha visto que las mujeres que cuentan con un historial de depresión son más propensas a tener conductas criminales que los hombres con el mismo historial de enfermedad mental. Los delitos principales asociados en las mujeres con depresión pueden ser cualquiera, pero con mayor frecuencia es el robo. Incluso se ha pensado que el acto delictivo puede ser un mecanismo de afrontamiento. Existe el llamado "homicidio altruista o libericidio" ya que la premeditación es frecuente, bien elaborada, lenta y disminuida, igual que en el suicidio. De hecho, el homicidio por compasión (quitar al otro del sufrir) se inscribe en un contexto de suicidio, y el más frecuente es el filicidio (Muerte violenta que un padre o una madre da a su hijo) o uxurcidio (al cónyuge). El especialista con frecuencia subestima el potencial heteroagresivo del paciente deprimido, pero así como se pone énfasis en el potencial suicida, invariablemente se debe evaluar el potencial homicida<sup>1,20</sup>.

C) Trastornos demenciales: Los delitos son relativamente raros, sobre todo se trata de lesiones menores en el ámbito doméstico (golpes o heridas), delitos de tipo sexual sin violencia (exhibicionismo, atentados al pudor o abuso sexual), contra la propiedad como daños materiales y robo simple. El sello distintivo de la acción delictiva es que no existe premeditación, ni complicidad, actúan invariablemente solos, son acciones torpes sin precaución alguna, a veces absurdos y pueriles, los robos suelen ser disparatados, de objetos inútiles. El periodo pre-demencial es de mayor proclividad delictiva, la peligrosidad es alta, pero el contacto con la realidad, por escaso que sea, les hace tener precaución o temor

por las consecuencias de sus acciones, por tanto, se consideran parcialmente intimidables. No así en el periodo demencial, en donde la peligrosidad ha disminuido en forma importante, pero la intimidabilidad es total, es decir, ya no hay temor por la consecuencia de sus actos, por el desapego de la realidad debido a la propia psicopatología, de tal forma que los actos ilícitos son producto del deterioro intelectual, la pérdida del juicio, la agresividad, trastornos de la personalidad, es común que se asocien con ideas delirantes de daño o perjuicio, de persecución y celotípicas. Por otra parte, no es raro que los pacientes con síntomas demenciales sean víctimas de la familia o la sociedad, por abuso de sus bienes o propiedades, antes que autores de delitos <sup>1</sup>.

## 2.- Trastornos psiquiátricos secundarios:

A) Trastornos asociados al consumo de sustancias: La comorbilidad de los padecimientos mentales con el uso de sustancias ha sido tema de estudio desde la década de 1980. 55-70% de los sujetos con trastorno por sustancias tiene una comorbilidad psiquiátrica. 60% de los enfermos mentales tienen como comorbilidad un trastorno por sustancias. Se considera que cuentan con un amplio cuadro de trasgresión legal como enfermedad de fondo o como comorbilidad. Tienen una gran relevancia, sobre todo que el índice de delincuencia se asocia al momento o circunstancia en relación con la droga, así que para obtener la droga el sujeto roba, se prostituye u obliga a otros, estafa, falsifica recetas médicas, etc. El hecho de presentar un trastorno por sustancias incrementa el riesgo de cometer un acto violento en la población general y en los enfermos mentales. Bajo los efectos directos de la droga produce lesiones, atentados sexuales, homicidios y robos. Un factor importante es la personalidad previa del toxicómano como fuente primigenia del delito. Estudios actuales revelan que más de la mitad de la población penitenciaria abusa del alcohol. El tipo de delitos, se relaciona en forma directa con el estado clínico del abuso. En la



intoxicación los principales delitos son los de índole sexual, el incendio, alteración del orden público y accidentes de tráfico. En la dependencia alcohólica existe una máxima incidencia de delitos sexuales, estafas, actos violentos y delitos por omisión. En la alucinosis los cuadros de destructividad y violencia son comunes. Se ha demostrado que las mujeres han tenido problemas legales más serios relacionados con el abuso de sustancias que los hombres. Aunque el consumo de cocaína no sea el más prevalente, se demostró que su uso en mujeres se asocia con una tasa alta de recaída y reincidencia en conducta delictiva. Así mismo, se ha reportado que existe una proporción más alta de arrestos a mujeres que hombres relacionados con el consumo de cocaína <sup>1,21</sup>.

B) Trastornos de personalidad: Tienen una gran importancia por su alta incidencia clínica, la diversidad de la tipología y la posibilidad de cualquier comisión de delito. En diversos estudios se ha demostrado que los TP representan un riesgo clínico significativo para las conductas violentas. La prevalencia de trastornos de personalidad en la población general es de 4-13%. Alrededor de un quinto de los pacientes con TP son atendidos en los servicios de salud debido a la severidad de los síntomas, comorbilidad con otros padecimientos mentales o a los riesgos de daño contra sí mismos y a los demás. Se estima que un 30-50% de las personas que se suicidan tuvieron un TP. La relación entre los TP y la violencia va en función de cuatro dimensiones de personalidad fundamentales: 1) la impulsividad; 2) la falta de regulación emocional; 3) el narcisismo y las amenazas al yo; y 4) el estilo de personalidad paranoide. Dos de estas dimensiones (la impulsividad y la falta de regulación emocional) están implicadas en todos los TP relacionados con la violencia. El narcisismo o las amenazas al yo y el estilo de personalidad paranoide se han asociado empíricamente a la violencia y a los trastornos mentales. Los síntomas de los TP han mostrado ser mejores predictores de la violencia que los TP por sí mismos. De hecho, los

síntomas del clúster A o B de los TP, tales como los síntomas paranoides, narcisistas y antisociales, correlacionan de forma significativa con la violencia. Hay tres principios fundamentales sobre la relación entre los TP y la violencia: 1) los TP son habitualmente egosintónicos; 2) los TP muestran comorbilidad con otros trastornos del Eje I o del Eje II; y 3) la violencia y el riesgo de violencia están asociados con frecuencia al abuso de drogas. El común denominador de la violencia asociada a los TP, salvo algunas excepciones como la psicopatía, es la ira. Se trata de una emoción que se expresa con rabia, resentimiento o irritabilidad. Los efectos físicos de la ira incluyen un aumento del ritmo cardíaco y de la presión sanguínea, así como de los niveles de adrenalina y noradrenalina. La ira puede activarse por diversas circunstancias: a) por la sospecha, el fanatismo, los celos patológicos o la venganza (trastorno paranoide de la personalidad); b) por la aversión al contacto con otras personas (trastorno esquizoide); c) por la intolerancia a la frustración y el enfado intenso por recibir un trato diferente al esperado (trastorno narcisista); d) por la necesidad de liberarla tensión utilizando la escisión como mecanismo de defensa o por el miedo a la pérdida (trastorno límite); e) por el sentimiento de marginación o rechazo por los demás (trastorno evitativo); f) por el sentimiento de tedio, la deshumanización de los demás, la necesidad de tener poder y la ausencia de empatía (trastorno antisocial); g) por la necesidad imperiosa de llamar la atención o integrarse en un grupo (trastornos histriónico y dependiente, respectivamente); h) por alteraciones cognitivas y experiencias extrañas (trastorno esquizotípico). La ira se expresa con toda intensidad con la descarga adrenérgica de los psicoestimulantes o con la desinhibición provocada por el alcohol u otras drogas. Y en muchos casos intervienen ciertos procesos de aprendizaje (por ejemplo, malos tratos en la infancia, influencia de las nuevas tecnologías y medios de comunicación o modelos

educativos inapropiados) y el fracaso personal, sobre todo cuando está ligado a una pobre autoestima y a sentimientos de humillación, vergüenza o impotencia <sup>1,7,22</sup>.

Desde el punto de vista dimensional, los rasgos de la personalidad que más tienden a la violencia son la impulsividad, la regulación afectiva deficiente, el narcisismo y el paranoidismo. Por lo que se refiere a la propuesta de los seis dominios contemplados en el borrador del DSM-V, los más implicados con las conductas violentas son la emocionalidad negativa (labilidad emocional y desconfianza), la introversión (afectividad restringida), el antagonismo y la desinhibición; por el contrario, la esquizotipia y la compulsividad tienen mucha menor implicación en este tipo de conductas <sup>23</sup>.

La asociación entre los TP, el consumo de drogas y la violencia está muy fundamentada, si bien esta asociación puede tener diversas direcciones: 1) una conducta violenta es un camino habitual para obtener la droga; 2) la violencia (amenazas, golpes, heridas) puede ser una condición general para resolver las disputas entre quienes distribuyen las drogas; 3) el abuso de drogas y la conducta iracunda pueden tener factores causales similares y, por tanto, concurrir en determinados sujetos; y 4) ciertas drogas, como las estimulantes, incrementan la probabilidad de presentar conducta violenta por sus propiedades farmacodinámicas <sup>7</sup>.

Se debe ser consciente de las siguientes realidades: 1) la mayoría de las personas con TP no son violentas ni lo han sido nunca; 2) muchas personalidades anormales son más bien víctimas propiciatorias que delincuentes; 3) ningún TP está asociado necesariamente a conductas violentas de forma permanente; y 4) desde un planteamiento dinámico y motivacional, un TP no explica por sí solo la conducta violenta. Se estima que los delincuentes con trastornos de personalidad tiene hasta 3 veces más riesgo de reincidir en

actos delictivos que el resto de la población o que sujetos con otros padecimientos mentales<sup>7,22,24</sup>.

A continuación se describe las características y delitología de los distintos trastornos de personalidad las cuales se encuentran según el DSM repartidas en tres clústeres los cuales presentan globalmente peculiaridades significativas. El presente trabajo le prestara mayor interés a los TAP, TLP y TPP dado que son los 3 TP más frecuentemente asociados a la conducta delictiva.

Los pacientes del grupo A son, en general, menos violentos que los del grupo B, pero la actitud suspicaz, el pensamiento extravagante y el aislamiento social de los sujetos de este grupo están relacionados con los tipos de violencia más grave. El grupo B es, sin duda, el más relacionado con la conducta delictiva en general y violenta en particular. Además, es el más vinculado al abuso de alcohol/drogas, que es un factor claramente disparador de la violencia. A su vez, el grupo C es el que menos contribuye a la violencia. Está integrado por personas sumisas, necesitadas de seguridad y que están emparentadas con las personalidades «sobrecontroladas». Los factores “ansioso” y “obsesivo”, por lo general, correlacionan negativamente con la ira y con la violencia. No obstante, los pacientes del grupo C, detrás de una fachada de aceptación y docilidad, pueden presentar cólera o furia intensa ante el temor al abandono o rechazo. Así, son relativamente frecuentes los actos de violencia grave contra la pareja y en agresores sexuales<sup>7</sup>.

#### a) Trastornos del cluster A

1.- Trastorno paranoide de la personalidad: Estos sujetos han perdido parcialmente contacto con la realidad y atribuyen a los demás actitudes o intenciones hostiles. Son permanentemente desconfiados y suspicaces, hipersensibles a desprecios, con tendencia a atribuir intenciones aviesas, no olvidan un insulto y siempre están listos para la ira y el

contraataque. En la población forense es el segundo TP más frecuente en varones y el tercero en mujeres. Se trata habitualmente de varones de 40-50 años, procesados por delitos contra las personas, con antecedentes penales en un 40% de los casos y que se muestran violentos contra personas conocidas de las que sospechan o por las que se sienten traicionadas. Usualmente acude a los tribunales como acusador por supuestos actos reivindicativos. Presenta una tasa alta en cuanto a denuncias falsas, por desacato, injurias y amenazas, pero el homicidio y las lesiones no son raros. Las personalidades paranoides cometen agresiones debido a interpretaciones distorsionadas y reacciones exageradas que dan a situaciones cotidianas, especialmente cuando la posible víctima emprende una acción física o verbal que se interpreta como un ataque personal. Un importante grado de paranoidismo se ha visto en algunos asesinos en masa o en serie y también en personas que, después de prestar servicios a la sociedad (frecuentemente militares), se han sentido menospreciadas o poco recompensadas por ésta. Por las características de este trastorno, resulta complicado justificar ante el Juez que, ante un delito, una persona con este trastorno no es imputable. Esto es porque normalmente se percibe la vida de estos sujetos como un ejemplo de perfección y organización, mientras que es sólo una esfera muy pequeña de su vida la que está alterada (por ejemplo con sintomatología delirante) de tal manera que pueden llegar a perder los requisitos necesarios para ser juzgados <sup>1,3,7</sup>.

2.- Trastorno esquizoide de la personalidad: Son personas pasivas y desvinculadas, que mantienen muy pocas relaciones afectivas e íntimas. Reservados, poco espontáneos, y con mínima capacidad para expresar alegría o amargura, son solitarios y por ello tienden a desempeñar trabajos nocturnos y aquellos en los que no tengan que tratar con un gran número de personas. Presentan fantasías de omnipotencia o resignación en lugar de conductas agresivas. Normalmente los esquizoides no son violentos, pero pueden tener

graves explosiones de cólera si se les invade su espacio personal o se les molesta. Cuando comete un ilícito éste es de dramatismo inusual ya que se ve revestido de una refinada crueldad; aparece con frecuencia entre los delincuentes de homicidios sexuales en serie. En el estudio de Stone sobre asesinos en serie hasta un 47% cumplían criterios de este trastorno. Con frecuencia hay una ausencia de precipitantes externos claros, por lo que las agresiones, al responder al mundo imaginario del sujeto, son inesperadas y, en consecuencia, no predecibles. Se trata de individuos con muy baja autoestima y con graves dificultades en las relaciones interpersonales. Al estar resentidos con la sociedad, presentan emociones negativas de ira o venganza. Su aislamiento y ausencia de habilidades sociales generan rechazo, lo que precipita el acto violento, que puede ser aislado, en serie o en masa. Cuando se trata de un asesinato múltiple, es frecuente el suicidio final. Sabemos además que estos individuos tienen una mayor vulnerabilidad al estrés y en ocasiones presentan cuadros psicóticos. En estos casos, su conciencia y su capacidad cognitiva puede verse alteradas, razón para revisar su imputabilidad <sup>1,3,7</sup>.

3.-Trastorno esquizotípico de la personalidad: Se trata de un trastorno escasamente diagnosticado en muestras forenses. Un porcentaje relativamente alto de estos sujetos (25%-44%) son diagnosticados equivocadamente de esquizofrenia. Las personas con esquizotipia carecen de un adecuado nivel de empatía e interpretan de forma distorsionada los mensajes y señales ajenos. Confunden fácilmente fantasía y realidad y tienden a instalarse en una vida irreal y subjetiva, desconectada de la lógica y de los valores habituales. A ello contribuye su interés por los temas mágicos y esotéricos, así como por los fenómenos paranormales y desconocidos. Ello les lleva a ser supersticiosos, a sentir que tienen poderes especiales y a tener una sensación de control sobre los acontecimientos y las personas, bien sea a través de telepatía o de rituales. Del mismo modo, también sospechan de la capacidad de otras

personas para influir sobre ellos controlándolos. Las conductas violentas se ejecutan en solitario, son el resultado de una afectividad inapropiada, carecen de un móvil claro y surgen de una forma impulsiva, sin planificación. La motivación puede ser extravagante, mesiánica o fundamentada en un pensamiento mágico o ilusorio, lo que hace muy difícilmente predecibles este tipo de conductas. Las víctimas son frecuentemente personas conocidas (familiares o cuidadores) <sup>7</sup>.

#### b) Trastornos del Cluster B

1.- Trastorno antisocial de la personalidad /Psicopatía: Se trata de un trastorno definido como un patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás. Es el TP más relacionado con la delincuencia violenta. La motivación esencial de estos sujetos es el beneficio inmediato, así como el control y dominación de la víctima. Los tipos de delitos más comunes son lesiones, atentados a la autoridad, estafa, robo y los relacionados con drogas. El sello distintivo es el sadismo con que se realizan como reflejo de la agresividad, impulsividad, inestabilidad, intolerancia a la frustración, ausencia total de culpa o remordimiento, que facilita el paso al acto y que son matices inherentes al tipo de personalidad. Los antecedentes penales y la escalada de la violencia son la norma. Por lo que a las víctimas se refiere, éstas suelen ser desconocidas (55%) o con escasa vinculación, como vecinos o simples conocidos (20%), a las que deshumanizan. Pese a que el TAP y la psicopatía comparten algunos criterios diagnósticos, ambas entidades miden constructos diferentes. Mientras que el TAP se basa esencialmente en las conductas antisociales y delictivas, tiene poco en cuenta los síntomas interpersonales y afectivos propios de los sujetos con psicopatía. Los rasgos definitorios de la psicopatía son el narcisismo, la frialdad y la anestesia emocional respecto a los demás, frecuentemente asociados con un nivel alto de inteligencia puesta al servicio de sus intereses, de la manipulación o el fingimiento. Estos

sujetos pueden tener un buen nivel de inteligencia verbal, pero muestran alteraciones ejecutivas y, especialmente, una baja inteligencia emocional. Los psicópatas pueden “comprender” los sentimientos de los demás, pero no empatizan con el dolor o sufrimiento ajeno. En la mayoría de los casos el psicópata que está siendo evaluado o interrogado no presenta actividad autonómica y, por tanto, su pulso, tensión arterial y ritmo respiratorio permanecen basales. Pese a lo dicho, ni todos los delincuentes y violentos son psicópatas, ni todos los psicópatas son violentos, por lo que este diagnóstico solo explica una minoría de los casos. Respecto a la imputabilidad del trastorno antisocial de la personalidad, el tema ha sido muy debatido, sin embargo, la realidad es que, en sentido estrictamente jurídico-psicológico estos sujetos tienen conocimiento de la ilicitud de sus acciones y voluntad clara de infringir la norma legal. Son conscientes de lo que hacen en cada momento y por eso también responsables de sus actos. Por esto, muchos autores ven en ellos absoluta imputabilidad, criterio este también predominante entre los jueces <sup>1,3,7</sup>.

2.- Trastorno límite de la personalidad (TLP): Se trata de un TP cada vez más diagnosticado en muestras forenses con delitos violentos. De hecho, ocupa el segundo lugar en varones (junto con el TPP) y el primero en algunas muestras de mujeres. En las mujeres violentas es el más común, aunque predomina en ellas la autoagresividad sobre la heteroagresividad. Se trata de sujetos cuyo comportamiento no puede predecirse. Presentan explosiones de violencia o comportamiento amenazante, en especial ante las críticas de terceros. Sin duda sobresale el hecho de que estas personas pueden pasar súbitamente de un estado de ánimo depresivo a una agitación ansiosa o ira intensa, implicándose de forma impulsiva en acciones que más tarde pueden reconocer como irracionales. Lo que lleva estas personas a las conductas violentas es la impulsividad, la pobre identidad, la disregulación emocional y el consumo de drogas. En estos casos la violencia es típicamente reactiva. La emoción



fundamental es la ira y la motivación principal es el alivio de la tensión. En la violencia de pareja, esta se caracteriza por la inestabilidad emocional y el abuso psicológico, el rechazo real o imaginario y los celos, así como por la tendencia al locus de control externo (culpabilizando de todos los males a la pareja). Las conductas violentas se potencian en el TLP cuando hay una comorbilidad con el abuso de drogas (en un 65% de los casos, sobre todo, con el cannabis, la cocaína, el alcohol y los psicofármacos) y con el TDAH (en un 37% de los casos). En el TLP pueden darse episodios psicóticos breves caracterizados por un estado de despersonalización o desrealización, perdiéndose en estas circunstancias la propia identidad de uno mismo. Respecto a la conciencia, el DSM-IV-TR reconoce entre los criterios diagnósticos del TLP la alteración del juicio de realidad. Aunque la inteligencia de los sujetos con TLP no tiene por qué estar mermada, la impulsividad que manifiestan les lleva a no ser capaces de prever las consecuencias de sus actos. En definitiva, hay datos que muestran que el sujeto límite puede actuar sin que pueda controlar su conducta (alteración de la voluntad) e incluso en ocasiones debido a episodios psicóticos breves (alteración del juicio de realidad), por lo que la imputabilidad se ve directamente cuestionada<sup>3,7</sup>.

3.-Trastorno narcisista de la personalidad: Los narcisistas sienten una necesidad enfermiza de admiración, son arrogantes y exquisitamente sensibles hacia cualquier tipo de rechazo o desprecio, pero son incapaces de reconocer los sentimientos ajenos. Distintas facetas del narcisismo, como el autoritarismo y la explotación de los otros, están fuertemente relacionadas con la agresión. Las víctimas de los actos violentos de estos sujetos suelen ser personas conocidas. Sus reacciones violentas se dan en respuesta a una herida en su ego, una respuesta frecuente también en personalidades psicopáticas. El trastorno de la personalidad narcisista se ha encontrado en distintas muestras de agresores sexuales, hecho que podría estar relacionado con la satisfacción directa de necesidades narcisistas y

con la creencia de que el resto de personas son una mera herramienta para lograr sus objetivos. Se pueden distinguir 3 tipos: a)*narcisista maligno*, similar a el psicópata, caracterizado por el yo grandioso y por la crueldad egosintónica e implicado en conductas de violencia grave; b)*narcisista arrogante*, caracterizado por fantasías grandiosas y por desprecio a la sociedad a implicado en conductas de abuso sexual; c)*narcisista compensador*, que intenta compensar su baja autoestima con la búsqueda de un reconocimiento social por medio del ejercicio de la violencia <sup>7</sup>.

4.-Trastorno histriónico de la personalidad (THP): Estos sujetos, predominantemente de sexo femenino, tienden a la teatralidad, representando un papel y realizando actividades que les permita ser el centro de atención, así como ser altamente sugestionables y desarrolladores de actitudes seductoras y expresiones exageradas de sus emociones. Lo más característico es la hipersensibilidad y el dramatismo, así como la propensión a la fantasía. De ahí proceden los errores perceptivos, la sobrerreactivación emocional, la variabilidad de los estados del humor y la facilidad con que se pueden sentir humilladas. Legalmente la relevancia que tienen los delitos cometidos por estos sujetos son los medios que utilizan para llamar la atención (la falsedad, la difamación, la calumnia) <sup>3</sup>.

#### c) Trastornos del Cluster C

1.-Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad: Estos individuos se caracterizan por una marcada indecisión, acompañada de preocupaciones desmesuradas y un excesivo perfeccionismo. Generalmente presentan conductas rígidas e inflexibles que interfieren con la actividad práctica hasta llegar a tener que renunciar a actividades placenteras e incluso a las relaciones personales. Como consecuencia de su personalidad dubitativa estos individuos pueden delinquir con respecto al ámbito de la omisión. La violencia en este TP es poco frecuente, pero puede aparecer cuando el sujeto afectado experimenta episodios de

descontrol sobre la ira acumulada, normalmente acompañados de consumo abusivo de alcohol <sup>3,7</sup>.

2.-Trastorno dependiente de la personalidad: Se trata de personas sumisas, necesitadas constantemente de aprobación y afecto. Promueven que otras personas asuman responsabilidades importantes de su propia vida ya que su capacidad para tomar decisiones incluso cotidianas sin el consejo o la seguridad de los demás está limitada. Pueden sentir angustia e ira intensa ante el abandono real o imaginario, lo que puede conducirles, especialmente a actos de violencia machista, sobre todo cuando hay un abuso de alcohol. Las personas dependientes, si son abandonadas, pueden sentir tal grado de desesperanza que pueden cometer suicidio o expresar esa violencia sobre la persona que les rechaza. En otras ocasiones, el fuerte sentimiento de inseguridad y los celos pueden desencadenar estados emocionales de ira que pueden llevarles, en los casos más extremos, al homicidio, a veces seguido de suicidio. Las personas con este TP pueden ser influenciables por personalidades psicopáticas, dada su gran necesidad de estimación y de integración grupal, y, de este modo, convertirse en cómplices de conductas violentas <sup>3,7</sup>.

3.-Trastorno de la personalidad ansioso/evitativo: Lo que caracteriza a estas personas es la falta de confianza en sí mismas, los sentimientos de inseguridad e inferioridad, el miedo a sufrir cualquier humillación y el temor a mostrarse tal como son, así como la carencia de habilidades sociales. Todo ello lleva a una inhibición social y a mostrarse hipersensibles a cualquier crítica. Estos sujetos tienen un cierto sentimiento de venganza hacia la mujer, ya que se sienten rechazados por no ser capaces de entablar relaciones o por haberse sentido ridiculizados por ellas en el pasado. Pueden atacar a otras personas al sentir que sus necesidades afectivas no son reconocidas. Las víctimas suelen ser personas conocidas por las que se sienten rechazados o desconocidas que simbolizan el rechazo real o imaginario <sup>7</sup>.

### 3- Trastornos neuropsiquiátricos:

A pesar de la evidencia que demuestra una asociación entre algunos padecimientos mentales y la conducta violenta, se sabe muy poco sobre la relación entre los trastornos neurológicos y la violencia y otras conductas antisociales.

A) Retraso mental: Un factor destacable es que los estudios realizados en poblaciones penitenciarias, tienen en común que los evaluados poseen un coeficiente intelectual inferior al término medio y en comparación con la población en general, hecho que pudiera atribuirse a que la falta intelectual y de juicio ocasiona que sean arrestados con mayor facilidad y que se acepten culpables aun siendo inocentes. El retraso mental es considerado un "estado" y no un proceso en actividad, así la posibilidad de comisión de delitos está presente siempre. El bajo control de impulsos, la baja tolerancia a la frustración, la labilidad emocional, irritabilidad e incluso la presencia de síntomas psicóticos, todo ello propicia el paso al acto delictivo. La variedad y frecuencia del delito está en relación directa a la intensidad o modalidad clínica: a) El retraso mental superficial con un alto nivel de peligrosidad. b) El moderado con escasa actividad delictiva pero no están lejos de ser delitos graves. c) El grave y profundo que con mayor frecuencia son víctimas que agresores. El tipo de infracción puede ser cualquiera, pero existe una predilección por el robo, el cual torpe, sin precaución alguna y los objetos robados de escaso valor o utilidad; y el daño a la propiedad, sobre todo por incendio; en estos casos el papel de la humillación o de haberse sentido ofendido juegan un papel importante para efectos de la venganza, la que siempre supera en magnitud la situación ofensiva. Dicha característica también aparece en el homicidio y las lesiones, que comúnmente son el reflejo de una acción vana, absurda, pueril, impulsiva. También destacan, en menor frecuencia, los delitos sexuales. Este grupo de enfermos mentales a menudo es víctima de la familia o la sociedad, más que victimario <sup>1</sup>.

## B) Traumatismo craneoencefálico y epilepsia:

En el TCE, las bases teóricas para realizar una asociación con la violencia son más fuertes. Casos como el de Phineas Gage, que tras sufrir un accidente de trabajo, en donde una barra de metal se insertó en su cráneo lesionando su lóbulo frontal, apreciándose posteriormente una clara transformación de su personalidad y comportamiento. O casos de veteranos de guerra, asesinos en serie y prisioneros que también sufrieron daño en el lóbulo frontal apoyan la relación entre ese daño y la violencia. Los sujetos con lesión en la corteza prefrontal tienden a ser más agresivos. La localización de la lesión y el polimorfismo de MAO-A interactúan en su efecto sobre la agresión. La prevalencia de TCE es de 0.2-0.3% de la población general y 5% de la población padece epilepsia. Alrededor de un 4% de los sujetos con epilepsia habían sido juzgados por delitos violentos después del diagnóstico, comparado con el 9% de los sujetos con TCE. Comparando con la población general no se encontró un aumento en el riesgo de violencia en los sujetos con epilepsia, sin embargo si se encontró en los sujetos con TCE, hasta en 3 veces más frecuente que en la población general <sup>25,26,27</sup>.

El individuo con epilepsia puede cometer toda clase de delitos pero existe una mayor posibilidad en cuanto a los imprudenciales, como accidentes automovilísticos o incendios. Otros, frecuentes también entre los epilépticos son el robo, las lesiones y en menor grado el homicidio; son hechos imprevistos e insólitos, el enfermo no huye, con regularidad presenta amnesia del acto, llega a dormirse en la misma escena del crimen y posteriormente presenta recuerdos vagos o confusos. En caso de delitos violentos, la agresividad parece tener su origen en alteraciones de la personalidad y en el deterioro intelectual más que en la propia crisis convulsiva, pero que se agrava por el abuso de alcohol o sustancias. En epilepsia, la conducta violenta puede ocurrir durante las crisis (violencia ictal) o entre las crisis (violencia interictal). La de tipo ictal es de menor preocupación. Si la epilepsia tiene alguna contribución

a la conducta violenta tendría que ser en la etapa interictal. Algunos subtipos de epilepsia (parcial simple y epilepsia del lóbulo temporal) están asociados con un mayor riesgo de cometer crímenes violentos, lo que puede ayudar a clarificar los mecanismos que llevan al acto violento. En otros estudios, la violencia asociada a epilepsia tiene más que ver con otros factores (familiares, genéticos, ambientales) que por la epilepsia *per sé*. Cuando la epilepsia se complica con síntomas psicóticos, especialmente ideas delirantes el riesgo de actos agresivos crece de manera exponencial. La victimización de las personas con epilepsia es un problema de importancia ya que esta población es asaltada con frecuencia y a los niños con epilepsia les realizan bullying <sup>1,25,27</sup>.

#### -ESTIGMA Y ENFERMEDAD MENTAL

El estigma es un fenómeno conocido y presente en el ámbito de la salud mental, campo en el que ha sido y sigue siendo una importante barrera para el desarrollo de servicios comunitarios y para la integración de las personas enfermas. La enfermedad mental no conduce sólo a dificultades derivadas de los síntomas de la enfermedad, sino también a desventajas a través de las reacciones de la sociedad, pues los malentendidos de la sociedad sobre los diversos trastornos mentales dan como resultado el estigma. Los prejuicios definen la actitud que refleja la disposición de las personas para actuar de forma negativa o positiva hacia el objeto de prejuicio, sin analizar si existe alguna razón que justifique dicho comportamiento. El prejuicio lleva como reacción conductual a la discriminación. El prejuicio que produce ira puede llevar al comportamiento hostil. En el caso de la enfermedad mental, el prejuicio puede llevar a denegar ayuda o a sustituir la atención sanitaria por el sistema de justicia penal. El miedo lleva a un comportamiento de evitación. El estigma público se traduce en discriminaciones en la vida diaria que las personas con

enfermedad mental encuentran tanto en las interacciones personales como en los estereotipos e imágenes negativas de enfermedad mental en los medios de comunicación. Existen concepciones erróneas sobre las personas con enfermedad mental como por ejemplo, que los enfermos mentales son homicidas a los que hay que temer o que las personas con enfermedad mental grave son irresponsables, así que otros deben tomar sus decisiones vitales. La importancia del efecto del entorno social (que el seguir tratamiento conlleve a ser etiquetado y estigmatizado como una persona con enfermedad mental), junto con la escasa conciencia de enfermedad de algunos pacientes son las principales causas a las que se les atribuye la alta tasa de abandonos de tratamiento psiquiátrico o, incluso al no inicio del mismo <sup>29</sup>.

## METODO

### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN:

Existe una población psiquiátrica que se encuentra en un rubro especial de la atención del HPFBA, los individuos enviados para valoración y apoyo psiquiátrico, quienes cometieron distintos tipos de delito y que presentan una variedad importante de padecimientos psiquiátricos, en algunos casos no con un solo diagnóstico psiquiátrico y en otros más sin lograrse identificar algún diagnóstico psiquiátrico en particular durante la valoración única realizada en el servicio de urgencias. El riesgo de cometer algún acto delictivo es frecuente en la población psiquiátrica sobre todo asociado al consumo de sustancias y otros factores sociodemográficos, situación que ha llevado a que se estigmatice al enfermo mental, con sus consecuencias negativas que afectan la calidad de vida de los mismos. Por lo que es importante conocer cuál es la relación entre la conducta delictiva y los trastornos psiquiátricos. Varios estudios han tratado de correlacionar los trastornos psiquiátricos con la conducta agresiva y delictiva, donde podemos apreciar que quienes están más cerca a la normalidad son los más capaces de cometer actos criminales.

El motivo de realización de este estudio es el conocer que patologías psiquiátricas se asocian con mayor frecuencia con la conducta delictiva, con énfasis en la conducta violenta, y dejar en claro que no son las enfermedades mentales la causa de la conducta delictiva si no que más bien son los factores como el consumo de sustancias y los trastornos de personalidad los que se asocian con el delito. Incluso determinar si la mayoría de los delitos fueron cometidos por usuarios sin diagnóstico psiquiátrico. La finalidad es el poder minimizar el estigma social que se tiene hacia la población con enfermedades mentales demostrando



que un mínimo porcentaje de los delitos se asocia a un trastorno psiquiátrico primario puro y por otro lado normar conductas a seguir medidas terapéuticas para minimizar la reincidencia en los pacientes identificados.

## HIPOTESIS

Las conductas delictivas violentas son cometidas con menor frecuencia por personas diagnosticadas con un trastorno psiquiátrico primario en comparación con personas con trastornos psiquiátricos secundarios.

## OBJETIVOS

1. Objetivo general: Determinar de una manera cuantificable la frecuencia en que se presentan los distintos padecimientos psiquiátricos en usuarios que han cometido algún delito y realizar una relación entre enfermos mentales y conducta delictiva.

2. Objetivos específicos:

-Realizar una distinción entre padecimientos psiquiátricos mayores contra trastornos por consumo de sustancias y trastornos de personalidad relacionados con la conducta delictiva.

-Con los resultados obtenidos con el estudio se tratara de disminuir el estigma social relacionado con el enfermo mental.

-Conocer los tipos de delitos más frecuentes cometidos por personas valoradas en el servicio de urgencias y su relación con los padecimientos psiquiátricos.

-Determinar el porcentaje de valoraciones psiquiátricas a usuarios quienes cometieron algún delito con respecto al total de valoraciones en el servicio de urgencias en el periodo establecido.

- Determinar cuáles son los padecimientos psiquiátricos más frecuentes relacionados con la conducta delictiva en dichos usuarios.
- Establecer la relación entre trastornos psiquiátricos primarios con la conducta delictiva.
- Establecer la relación entre trastornos por consumo de sustancias y de personalidad con la conducta delictiva.
- Establecer la relación entre epilepsia otros padecimientos neuropsiquiátricos con la conducta delictiva.
- Realizar una asociación entre conducta delictiva con género y edad de los usuarios detenidos.
- Determinar la distribución de los actos delictivos y estableciendo una relación con las distintas estaciones del año.

## MUESTRA

La población estimada atendida en el servicio de urgencias del HPFBA durante el año 2013 fue de 14844 usuarios. En el presente estudio, se recolectarán datos de usuarios quienes cometieron algún tipo de delito y que fueron enviados para valoración y apoyo psiquiátrico al HPFBA, atendidos en el servicio de urgencias durante el año 2013.

## VARIABLES

Se valorarán únicamente variables independientes. Recolectaremos información sobre la edad, el género, los diagnósticos psiquiátricos, el tipo de delito, la utilización previa de tratamiento psiquiátrico y si se trata de pacientes con expediente clínico dentro del HPFBA.

## CRITERIOS

### 1- Criterios de Inclusión:

Usuarios que acudieron al servicio de urgencias del HPFBA, durante el periodo establecido, en calidad de detenidos por haber cometido algún delito, para valoración psiquiátrica.

### 2-Criterios de exclusión:

- Usuarios enviados para valoración psiquiátrica en calidad de presunto, libre o cuando no haya sido especificado su situación jurídica.
- Usuarios enviados para valoración psiquiátrica quienes fueron víctima de algún delito.
- Usuarios enviados para valoración psiquiátrica quienes se encuentran en situación de calle, que presentan alguna conducta anormal, como apoyo para estancia en albergue.
- Usuarios enviados para valoración psiquiátrica, con problemas de migración.
- Usuarios a quienes se les realizó la valoración psiquiátrica o peritaje psiquiátrico en el servicio de Psiquiatría legal del HPFBA.

### TIPO DE ESTUDIO:

El estudio proyectado se realizará recolectando información en una ocasión, comparando variables a lo largo del tiempo establecido por lo que es un estudio retrospectivo, descriptivo y transversal.

## INSTRUMENTO

Se empleará una hoja electrónica de cálculo para la captura de datos así como un programa estadístico para determinar la relación entre las variables.

## PROCEDIMIENTO

Se tomará información de las Hojas de Respuesta de Valoración Psiquiátrica archivadas en el servicio de urgencias correspondientes al año 2013. Posteriormente se condensará la información y se realizará un estudio estadístico para comparar las principales variables a evaluar. Finalmente, tras discutir los resultados, se intentarán emitir recomendaciones específicas para la atención de los usuarios en calidad de detenido enviados para valoración psiquiátrica al Servicio de Urgencias del HPFBA y de ser posible intentar enfocar mayor interés a la atención que se brinda a los usuarios con procedimientos legales y de la misma manera al área de Psiquiatría Forense.

## CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente trabajo no representa riesgo alguno para los pacientes pues únicamente se enfocará en la recolección de datos de manera absolutamente confidencial y sin alteraciones. Por el contrario, consideramos un potencial beneficio real y aplicable en la atención que brindamos a los estos usuarios, mejorando con la información obtenida y el análisis realizado la calidad de atención de los mismos. El proceso de recolección de datos, su análisis y resultados no cuentan con fuentes de financiamiento externas o enfrentan

conflicto de intereses específico pues se desarrolla acorde a la misión de nuestra institución de brindar atención integral de alta calidad a nuestra población de pacientes.

## RESULTADOS

Durante el año 2013 se realizaron un total de 14844 valoraciones en el servicio de urgencias del HPFBA, de las cuales 816 fueron valoraciones psiquiátricas realizadas a solicitud de alguna autoridad gubernamental (PGR, PGJ, Migración) , representando un 5.49% del total como se aprecia en la ilustración 1.



Ilustración 1 Distribución de valoraciones en urgencias durante el año 2013.

Se demuestra claramente con este gráfico que tan solo una mínima proporción de los usuarios que acuden al HPFBA cometieron alguna conducta criminal. De estos 816 usuarios que competen a este trabajo únicamente 449 acudieron en calidad de detenido como se aprecia en la tabla 5, únicamente el 3% del total de valoraciones hechas en el servicio de urgencias. Se muestra una proporción ligeramente mayor de apenas un 10% en comparación con los usuarios excluidos para el estudio (ver ilustración 2).

Tabla 5 Valoraciones solicitadas por alguna autoridad

Total de valoraciones solicitadas			
	Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Detenido	449	55.0	55.0
Otro	367	45.0	100.0
Total	816	100.0	

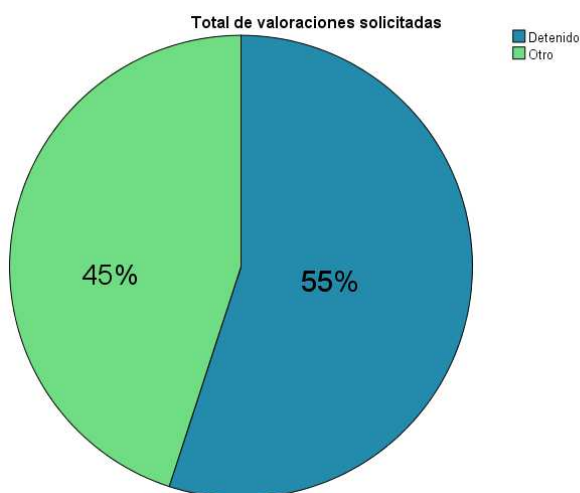


Ilustración 2 Distribución de valoraciones solicitadas por alguna autoridad

Las restantes 367 valoraciones no incluidas en el trabajo se trataron de: usuarios en calidad de presunto, víctima, libre y sin especificarse; personas extraviadas; usuarios de migración. Abarcando un total del 45% de las valoraciones psiquiátricas solicitadas por una autoridad. Los usuarios detenidos acudieron a valoración con una diferencia marcada para ciertos meses del año como se describe en la tabla 6. Se aprecia claramente un aumento en la frecuencia de valoraciones durante los meses Marzo-Agosto (ilustración 3).

Tabla 6 Distribución de valoraciones a lo largo del año 2013

Mes evaluado			
	Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
enero	23	5.1	5.1
febrero	33	7.3	12.5
marzo	52	11.6	24.1
abril	42	9.4	33.4
mayo	51	11.4	44.8
junio	48	10.7	55.5
julio	40	8.9	64.4
agosto	37	8.2	72.6
septiembre	34	7.6	80.2
octubre	36	8.0	88.2
noviembre	36	8.0	96.2
diciembre	17	3.8	100.0
Total	449	100.0	

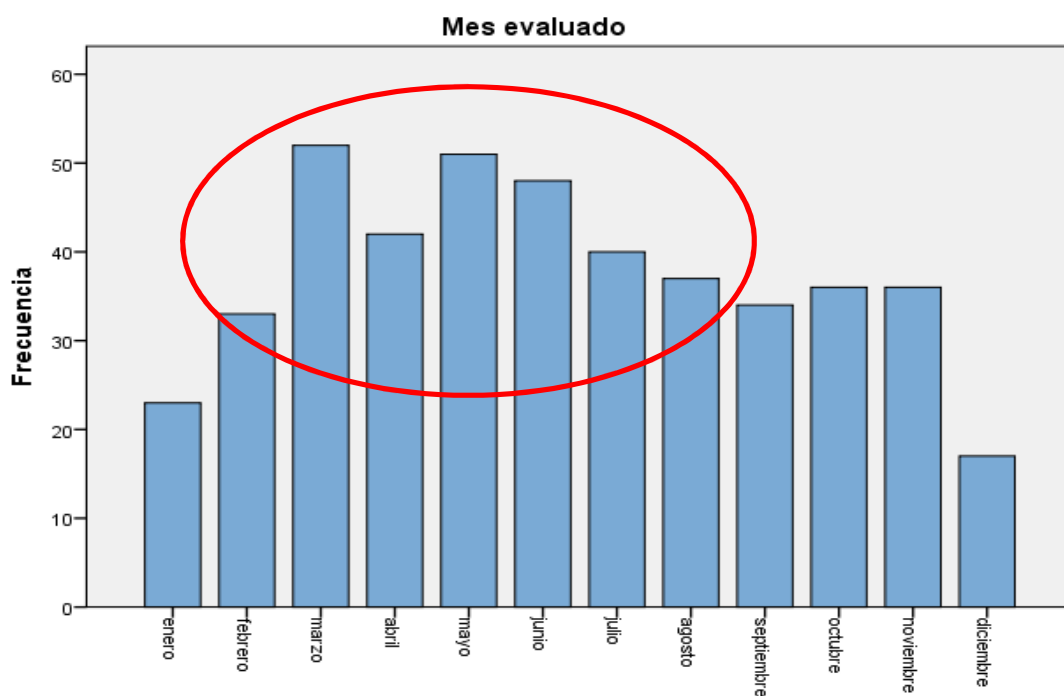


Ilustración 3 Distribución de delitos a lo largo del año 2013



Aquí se ilustra de manera gráfica la distribución de conducta delictiva a lo largo del año, donde se puede apreciar una tendencia al alta durante el periodo primavera/verano con 270 de los casos equivalente al 60.13% del total de las valoraciones realizadas a los usuarios detenidos.

De los usuarios valorados para el presente estudio tan solo un 32.5% refirió haber sido diagnosticado como enfermo mental y haber sido tratado farmacológicamente en algún momento de sus vidas (tabla 7), contrastando con el 67.5% que negaron estos factores.

Tabla 7 Usuarios que mencionaron padecer una enfermedad mental

**Usuario bajo tratamiento psiquiátrico**

	Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
no	303	67.5	67.5
si	146	32.5	100.0
Total	449	100.0	

Apenas a 44 de los usuarios detenidos, representando un 9.8% del total de las valoraciones a esta población, se les confirió que contaran con un expediente clínico en el HPFBA, dejando a un 90.2% de los usuarios como no identificados por la institución (tabla 8). Este dato se considera de importancia en el presente trabajo ya que justo aquí es donde se puede incidir de manera positiva para evitar reincidencias delictivas y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Tabla 8 Pacientes que tuvieron expediente clínico en el HPFBA

**Paciente con expediente clínico en HPFBA**

	Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
no	405	90.2	90.2
si	44	9.8	100.0
Total	449	100.0	

Es importante realizar una distribución del género y edad relacionado con la conducta delictiva (tablas 9 y 10 respectivamente), para identificar a la población de mayor riesgo.

Tabla 9 Distribución de las valoraciones según el genero

<b>Genero</b>			
	Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
femenino	89	19.8	19.8
masculino	360	80.2	100.0
Total	449	100.0	

Se muestra una marcada tendencia hacia el género masculino en relación a la conducta delictiva representado por un 80.2% de los casos estudiados (360 detenidos), comparado con 89 detenidos del género femenino correspondientes al 19.8% del total.

Tabla 10 Distribución por rangos de edad.

<b>Grupo de edad</b>			
	Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
18-25 años	100	22.3	22.3
26-35 años	150	33.4	55.7
36-45 años	108	24.1	79.7
46-55 años	62	13.8	93.5
> 55 años	29	6.5	100.0
Total	449	100.0	

Para una mejor comprensión de los factores asociados a la conducta delictiva en los enfermos mentales, se realizaron agrupaciones por rangos de edad específicos. 3 rangos de edad destacan entre los demás y son los que abarcan desde los 18 a los 45 años de edad en quienes se reportaron 258 conductas delictivas (79.7%) siendo todavía más predominante durante el rango de edad entre los 26 y 35 años con 150 casos que representa a un 33.4% del total. Se describe además una tendencia a la baja para cometer actos delictivos al aumentar la edad en dichos usuarios, ya que se señala un 13.8% para las edades entre 46 y 55 años y tan solo un 6.5% para los mayores de 55 años, para un total acumulado para estos dos rangos de edad de un 20.3% de los casos.

En el estudio realizado se identificaron las diversas patologías psiquiátricas presentadas en esta población (tabla 11) así como las principales comorbilidades psiquiátricas (tabla 12).

Tabla 11 Frecuencia de trastornos mentales asociados a delitos.

<b>Diagnóstico principal</b>			
	Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Consumo de múltiples sustancias	78	17.4	17.4
Consumo perjudicial de alcohol	9	2.0	19.4
Demencia por alcohol	2	.4	19.8
Demencia sin especificación	5	1.1	20.9
Esquizofrenia indiferenciada	19	4.2	25.2
Esquizofrenia paranoide	31	6.9	32.1
Epilepsia	13	2.9	35.0
Psicosis asociada al consumo de sustancias	36	8.0	43.0
Psicosis sin especificación	55	12.2	55.2
Retraso mental grave	1	.2	55.5
Retraso mental leve	27	6.0	61.5
Retraso mental leve/moderado	23	5.1	66.6
Trastorno de ansiedad generalizada	5	1.1	67.7
Trastorno Bipolar episodio maniaco	14	3.1	70.8
Trastorno por déficit de atención e hiperactividad	1	.2	71.0
Trastorno depresivo mayor	9	2.0	73.1
Trastorno esquizoafectivo	3	.7	73.7
Trastorno general del desarrollo	1	.2	73.9
Trastorno del comportamiento secundario a causa orgánica	11	2.4	76.4
Trastorno antisocial de la personalidad	20	4.5	80.8
Trastorno esquizotípico de la personalidad	1	.2	81.1
Tratorno límite de la personalidad	9	2.0	83.1
Sin diagnóstico psiquiátrico	76	16.9	100.0
Total	449	100.0	

Con respecto a las patologías de mayor interés para el estudio por su relación (real o perjudiciada) a la conducta delictiva, la esquizofrenia paranoide se presentó en un 6.9% y la esquizofrenia indiferenciada en un 4.2% de los casos, representando un 10.6% entre ambos diagnósticos. La psicosis sin especificación abarco el 12.2% del total de los casos. El trastorno bipolar se presentó en un 3.1% y el trastorno depresivo mayor en un 2% de los casos, con un total acumulado para estos trastornos afectivos de 5.1%. El retraso mental ocupó un 11.3 % del total de casos, agrupándose los distintos niveles de retraso en este rubro. La epilepsia fue diagnosticada en un 2.9% de los usuarios detenidos. La psicosis relacionada al consumo de sustancias representó el 8% de los casos, el trastorno asociado al consumo de alcohol el 2.4% (incluida aquí la demencia por alcohol) y el trastorno asociado al consumo de múltiples sustancias tuvo un 17.4 %, con un total acumulado para los trastornos relacionados al consumo de sustancias de 27.8%. Se identificaron 3 tipos de trastorno de personalidad, el TAP fue diagnosticado en 20 usuarios (4.5%), el TLP en 9 usuarios (2%) y el trastorno esquizotípico de la personalidad en 1 usuario (.2%), para un total acumulado para los TP de 6.7%.

No se logró identificar un diagnóstico psiquiátrico en 76 de los casos (16.9%), quedando este rubro en segundo lugar de frecuencia únicamente por detrás del trastorno por consumo de múltiples sustancias, y en tercer lugar se encontró la psicosis sin especificación.

La principal comorbilidad asociada a los enfermos mentales con conducta delictiva fue el Trastorno por consumo de sustancias (múltiples y alcohol) con un total de 15.1% (68 usuarios). Los TP como comorbilidad aparecieron en 1.1% mientras que la epilepsia se presentó en 0.9% de los casos.

Tabla 12 Comorbilidades frecuentemente asociadas.

<b>Comorbilidad</b>			
	Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Consumo de múltiples sustancias	64	14.3	14.3
consumo perjudicial de alcohol	4	.9	15.1
Epilepsia	9	2.0	17.1
Trastorno disocial de la personalidad	3	.7	17.8
Trastorno limite de la personalidad	2	.4	18.3
Sin comorbilidad diagnosticada	367	81.7	100.0
Total	449	100.0	

Cabe señalar que a 367 usuarios no se les identificó una comorbilidad, sin embargo la principal de estas fue el trastorno por consumo de sustancias y este diagnóstico como primario se presentó en el 27.8% de los casos, esto sumado al 16.9% de los casos en los que no se hizo un diagnóstico psiquiátrico nos da una suma de 44.7 %, porcentaje del que no se esperaría una comorbilidad psiquiátrica, ya que por un lado en un grupo no se contó con diagnóstico principal, y por otro, en casos de doble diagnóstico se utilizó el trastorno por consumo de sustancias como comorbilidad. Lo anterior resulta en un 37% real para el grupo de usuarios sin comorbilidad psiquiátrica.

Para una mejor comprensión del estudio, se agruparon los diagnósticos psiquiátricos en grupos para posteriormente relacionar estos con la conducta delictiva (tabla 13).

Tabla 13 Asociación por grupos diagnósticos.

Grupos de diagnósticos			
	Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Trastornos psicóticos	107	23.8	23.8
Trastornos relacionados al consumo de sustancias	126	28.1	51.9
Otros Trastornos Psiquiátricos	30	6.7	58.6
Trastornos de personalidad	30	6.7	65.3
Trastornos neuropsiquiátrico	29	6.5	71.7
Retraso mental	51	11.4	83.1
Sin diagnostico psiquiatrico	76	16.9	100.0
Total	449	100.0	

Dentro del grupo de los trastorno psicóticos se encuentran las esquizofrenias y las psicosis sin especificación, presentados en 107 usuarios (23.8%). Los trastornos relacionados al consumo de sustancias abarcaron al consumo de múltiples sustancias, consumo de alcohol, demencia por alcohol y psicosis por sustancias con un total de 126 usuarios (28.1%). El grupo de retraso mental (leve, leve/moderado y grave) ocupó el 11.4% con 51 casos y los trastornos neuropsiquiátricos (epilepsia y trastorno secundario a causa orgánica como TCE) tuvieron un 6.5% con 29 pacientes. Los trastornos de la personalidad donde se encontraron TAP, TLP y personalidad esquizotípica con un total de 30 casos (6.7%), mismo porcentaje para el rubro de los otros trastornos psiquiátricos (ansiedad, afectivos, TDAH, etc.). 76 de los casos no cumplieron criterios diagnóstico para una patología psiquiátrica (16.9%). Entonces los trastornos relacionados al consumo de sustancias ocupó el primer lugar, los trastornos psicóticos el segundo y en tercero la población sin diagnostico psiquiátrico.

En la tabla 14 se enumeran los principales delitos cometidos por los usuarios detenidos así como su frecuencia de presentación. En el grupo de otros delitos (8%) entran: faltas administrativas, alterar orden público, ultrajes contra autoridad, denuncia de hechos,

daño a propiedad, allanamiento de morada, consumo de sustancias en vía pública y narcomenudeo.

Tabla 14 Listado de delitos cometidos.

<b>Tipo de delito</b>			
	Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Allanamiento de morada	5	1.1	1.1
Abuso sexual	30	6.7	7.8
Daño a propiedad	20	4.5	12.2
Homicidio	4	.9	13.1
Lesiones	31	6.9	20.0
Otro delito *	36	8.0	28.1
Robo	181	40.3	68.4
Robo con Violencia	94	20.9	89.3
Sustracción de menores	4	.9	90.2
Violencia Familiar	44	9.8	100.0
Total	449	100.0	

El delito cometido con mayor frecuencia fue robo simple realizado por 181 usuarios (40.3 %) seguido por el robo con violencia cometido por 94 detenidos (20.9%). El tercer lugar lo ocupa la violencia familiar con 44 casos (9.8%). Delitos menos graves como daño a la propiedad y allanamiento de morada tuvieron un 4.5% y 1.1% de presentación respectivamente. En cambio delitos más graves como el homicidio, abuso sexual, sustracción de menores y lesiones se cometieron respectivamente en un 0.9%, 6.7%, 0.9% y 6.9% de los casos.

Fue necesario separar los tipos de delito en 2 grande grupos, violentos y no violentos, ya que el estigma asociado a la enfermedad mental está asociado a la conducta criminal violenta (tabla 15). De esta manera 207 de los delitos valorados fueron considerados violentos ocupando un 46.1%. Esto es 7.8% menor comparado con los delitos no violentos.

Tabla 15 Distribución por tipo de delito.

<b>Clasificación de delitos</b>			
	Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Delito violento	207	46.1	46.1
Delito no violento	242	53.9	100.0
Total	449	100.0	

Dentro del grupo de los delitos no violentos quedaron el robo simple, el allanamiento de morada, el daño a la propiedad, y los otros delitos ya mencionados con anterioridad (tabla 16). Se agruparon en los delitos violentos al homicidio, el abuso sexual, las lesiones, la sustracción de menores, el robo con violencia y la violencia familiar (tabla 17).

Tabla 16 Lista de delitos no violentos.

<b>Delitos no violentos</b>			
	Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Robo	181	74.8	74.8
Daño a la propiedad	20	8.3	83.1
Allanamiento de morada	5	2.1	85.1
Otro delito	36	14.9	100.0
Total	242	100.0	

Se aprecia que el robo simple ocupa el primer lugar de los delitos no violentos y como se había mencionado antes, el primer lugar del total de los delitos cometidos. En este grupo el robo simple tuvo un 74.8% de frecuencia mientras que el daño a la propiedad y el allanamiento de morada tuvieron 8.3% y 2.1% respectivamente. El grupo de otros delitos ocupó el segundo lugar de la lista con 14.9%.



Tabla 17 Lista de delitos violentos.

<b>Delitos violentos</b>			
	Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Homicidio	4	1.9	1.9
Abuso sexual	30	14.5	16.4
Lesiones	31	15.0	31.4
Sustracción de menores	4	1.9	33.3
Robo con violencia	94	45.4	78.7
Violencia familiar	44	21.3	100.0
Total	207	100.0	

Dentro del grupo de los delitos violentos, de mayor a menor gravedad tenemos que hubo 4 casos de homicidio (1.9%), 30 casos de abuso sexual (14.5%), 31 casos de lesiones (15%), 4 casos de sustracción de menores (1.9%), 94 casos de robo con violencia (45.4) ocupando el primer lugar en este grupo y 44 casos de violencia familiar (21.3%) en segundo lugar. Demostrándose aquí que los delitos más violentos se cometen con menor frecuencia en esta población.

Se realizó también una relación entre el género y edad de los usuarios detenidos con el tipo de delito (violento o no), encontrado los siguientes resultados (tablas 18, 19 y 20).

Tabla 18 Relación entre género y edad con el delito cometido.

<b>Relación entre genero y edad con el tipo de delito</b>				
		Clasificación de delitos		
		Delito violento	Delito no violento	Total
		Recuento	Recuento	Recuento
femenino	18-25 años	8	10	18
	26-35 años	15	12	27
	36-45 años	6	14	20
	46-55 años	3	13	16
	> 55 años	2	6	8
masculino	18-25 años	40	42	82
	26-35 años	58	65	123
	36-45 años	49	39	88
	46-55 años	20	26	46
	> 55 años	6	15	21

Tabla 19 Relación entre género y edad con los delitos no violentos.

**Relación entre genero y edad con los delitos no violentos.**

		Delitos no violentos			
		Robo	Daño a la propiedad	Allanamiento de morada	Otro delito
		Recuento	Recuento	Recuento	Recuento
femenino	18-25 años	10			
	26-35 años	9	2		1
	36-45 años	13		1	
	46-55 años	11	1		1
	> 55 años	5			1
masculino	18-25 años	33	3	1	5
	26-35 años	42	3	2	18
	36-45 años	27	6		6
	46-55 años	20	2	1	3
	> 55 años	11	3		1

Tabla 20 Relación entre género y edad con los delitos violentos.

**Relación entre genero y edad con los delitos violentos.**

		Delitos violentos					
		Homicidio	Abuso sexual	Lesiones	Sustracción de menores	Robo con violencia	Violencia familiar
		Recuento	Recuento	Recuento	Recuento	Recuento	Recuento
femenino	18-25 años			2	1	2	3
	26-35 años	2		3	1	5	4
	36-45 años			3		1	2
	46-55 años				1	2	
	> 55 años	1					1
masculino	18-25 años		6	5		25	4
	26-35 años	1	10	7	1	26	13
	36-45 años		8	6		23	12
	46-55 años		5	3		9	3
	> 55 años		1	2		1	2

Del total de valoraciones realizadas se detectaron 89 casos de mujeres: de los cuales 34 fueron clasificados como violentos 38.21% y 360 casos de hombres de los cuales 173 se clasificaron como violentos 48.05%. En este sentido el género femenino cometió el 16.42% de los delitos violentos y el género masculino el 83.57%. El homicidio se cometió por usuarios en el rango de edad de 26-35 años con una frecuencia del 75%. Se demuestra que a pesar de que el género femenino tiende a cometer menor cantidad de delitos comparado

con el género masculino, fueron en este grupo quienes cometieron el delito más grave (homicidio) detectándose 3 casos que representan el 75% en comparación con el 25% en el caso del género masculino. Esta misma proporción se aprecia en el caso de sustracción de menores, otro delito grave importante. Los hombres cometieron el 100% de los abusos sexuales, predominantemente entre los 26 y 45 años de edad. Delitos como lesiones, violencia familiar y robo con violencia fueron cometidos con mayor frecuencia por hombres, de manera general con una mayor frecuencia entre las edades de 16-45 años.

Se realizó una comparación entre género y diagnóstico psiquiátrico con los delitos violentos para esclarecer aún más la relación entre enfermedad mental y conducta delictiva (tabla 21)

Tabla 21 Relación entre género y diagnóstico con los delitos violentos.

		Relación entre género y Diagnóstico psiquiátrico con los delitos violentos					
		Delitos violentos					
		Homicidio	Abuso sexual	Lesiones	Sustracción de menores	Robo con violencia	Violencia familiar
		Recuento	Recuento	Recuento	Recuento	Recuento	Recuento
femenino	Trastornos psicóticos	1		1	3	1	4
	Trastornos relacionados al consumo de sustancias	1		1		2	1
	Otros Trastornos Psiquiátricos					1	2
	Trastornos de personalidad					1	1
	Trastornos neuropsiquiátrico					1	
	Retraso mental					2	2
	Sin diagnostico psiquiatrico	1		6		2	
	masculino	Trastornos psicóticos		7	6		12
	Trastornos relacionados al consumo de sustancias		3	7	1	27	14
	Otros Trastornos Psiquiátricos		3	1		1	3
	Trastornos de personalidad		1	2		6	2
	Trastornos neuropsiquiátrico		1			8	
	Retraso mental		11	4		11	1
	Sin diagnostico psiquiatrico	1	4	3		19	3

De los 4 homicidios cometidos dentro del estudio, como ya se mencionó previamente, 3 fueron realizados por el género femenino de las cuales solo 1 contaba con un diagnóstico

psiquiátrico mayor (trastorno psicótico), 1 tuvo un trastorno por consumo de sustancias y los 2 homicidios restantes fueron cometidos por usuarios sin diagnóstico psiquiátrico (una mujer y un hombre). De los 4 delitos de sustracción de menores, 3 fueron cometidos por mujeres con un trastorno psicótico y uno por un hombre sin diagnóstico psiquiátrico mayor. De los 30 casos de abuso sexual, 11 fueron relacionados con retraso mental (36.6%), 7 con trastorno psicótico (23.33%), 3 con trastorno relacionado al consumo de sustancias (10%), 1 con TP y 1 con trastorno neuropsiquiátrico (3.33% respectivamente), 3 con otros diagnósticos psiquiátricos (10%) y 4 con el grupo sin diagnóstico psiquiátrico 13.33%. De los 31 casos de lesiones, 8 fueron cometidos por mujeres (25.81%) y de estas el 75% no se asoció a algún diagnóstico psiquiátrico; 23 casos fueron cometidos por hombres (74.19%) y de estos 7 presentaron trastorno por consumo de sustancias (22.58%), 6 trastornos psicóticos (19.35%) y 4 retraso mental (12.9%). De los 94 casos de robo con violencia 10 fueron cometidos por mujeres (10.63%) asociadas principalmente con el trastorno por consumo de sustancias, retraso mental y con el grupo sin diagnóstico psiquiátrico (20% cada uno); 84 de los casos fueron cometidos por hombres (89.37%), asociados en primer lugar a los trastornos por consumo de sustancias (32.14%) y en segundo lugar con el grupo sin diagnóstico psiquiátrico (22.61%). Por último de los 44 casos de violencia familiar, 10 casos fueron cometidos por mujeres (22.72%), de las cuales un 40% se asoció a trastornos psicóticos, 20% a retraso mental y 20% a otros diagnósticos psiquiátricos; de los 34 casos cometidos por hombres (77.28%), de los cuales un 41.67% se asoció a trastorno por sustancias y 32.35% a los trastornos psicóticos.

En la tabla 22 se demuestran las comorbilidades asociadas al diagnóstico principal y su asociación con el tipo de delito.

Tabla 22 Relación entre diagnóstico y comorbilidad con los delitos cometidos.

Relación entre Diagnóstico principal y comorbilidad con los delitos violentos.

		Delitos violentos					
		Homicidio	Abuso sexual	Lesiones	Sustracción de menores	Robo con violencia	Violencia familiar
		Recuento	Recuento	Recuento	Recuento	Recuento	Recuento
Trastornos psicóticos	Consumo de múltiples sustancias		2	3		3	2
	consumo perjudicial de alcohol						1
	Epilepsia						
	Trastorno disocial de la personalidad						
Trastornos relacionados al consumo de sustancias	Trastorno limite de la personalidad						
	Sin comorbilidad diagnosticada	1	5	4	3	10	12
	Consumo de múltiples sustancias						
	consumo perjudicial de alcohol						
Otros Trastornos Psiquiátricos	Epilepsia						
	Trastorno disocial de la personalidad						
	Trastorno limite de la personalidad						
	Sin comorbilidad diagnosticada	1	3	8	1	29	15
Trastornos de personalidad	Consumo de múltiples sustancias					1	2
	consumo perjudicial de alcohol						1
	Epilepsia						
	Trastorno disocial de la personalidad						
Trastornos neuropsiquiátrico	Trastorno limite de la personalidad						
	Sin comorbilidad diagnosticada		3	1		1	2
	Consumo de múltiples sustancias			1		4	1
	consumo perjudicial de alcohol					1	
Retraso mental	Epilepsia						
	Trastorno disocial de la personalidad						
	Trastorno limite de la personalidad						
	Sin comorbilidad diagnosticada		1	1		2	2
Sin diagnostico psiquiatrico	Consumo de múltiples sustancias					3	
	consumo perjudicial de alcohol						
	Epilepsia						
	Trastorno disocial de la personalidad						
Sin diagnostico psiquiatrico	Trastorno limite de la personalidad						
	Sin comorbilidad diagnosticada		1			6	
	Consumo de múltiples sustancias			1		7	1
	consumo perjudicial de alcohol						
Sin diagnostico psiquiatrico	Epilepsia		2	1		1	
	Trastorno disocial de la personalidad						
	Trastorno limite de la personalidad						
	Sin comorbilidad diagnosticada		9	2		5	2
Sin diagnostico psiquiatrico	Consumo de múltiples sustancias						
	consumo perjudicial de alcohol						
	Epilepsia						
	Trastorno disocial de la personalidad						
Sin diagnostico psiquiatrico	Trastorno limite de la personalidad						
	Sin comorbilidad diagnosticada	2	4	9		21	3

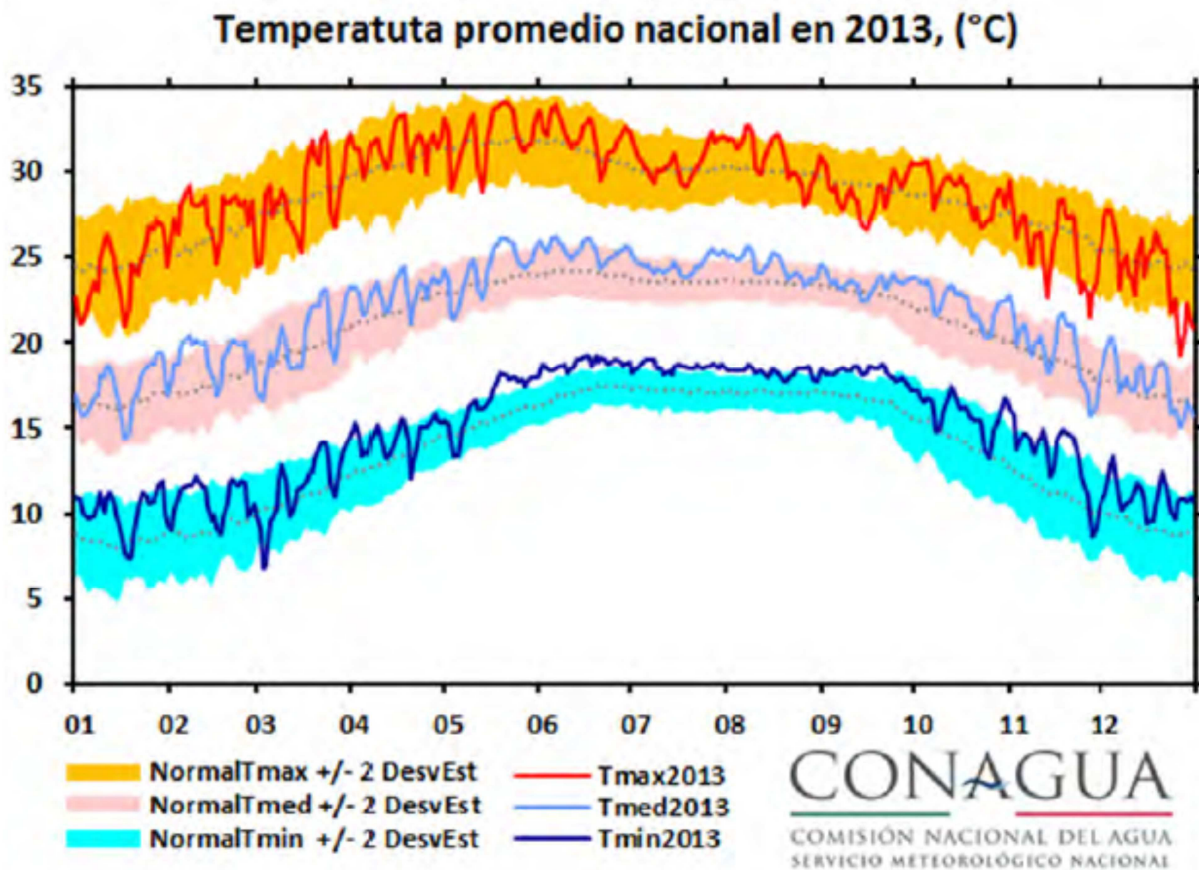
En los casos de homicidio y sustracción de menores no se identificó alguna comorbilidad. De los 7 abusos sexuales cometidos por usuarios con trastorno psicótico 2 se asociaron a consumo de sustancias (28.57%); de los 11 cometidos por usuarios con RM 2 se asociaron a epilepsia (18.18%); el resto de los abusos sexuales no se asocian a otra comorbilidad. 3 de los 7 casos (42.85%) de lesiones cometidos por usuarios con trastorno psicótico se asociaron a trastorno por consumo de sustancias; 1 de los casos cometidos por usuarios con TP (50%) se asoció a consumo de sustancias; 1 de los casos de RM (25%) se asoció a TP y 1 a consumo de sustancias (25%). En los casos de robo con violencia se aprecia una gran relación con el trastorno por consumo sustancias, sobre todo en los trastorno psicóticos (23%) en los TP (71.4%) y en RM (53.8%). Del total de casos reportados para violencia familiar solo 5 (11.3%) se asociaron a trastorno por consumo de sustancias.

## DISCUSION

Durante el año 2013 se realizaron un total de 14,844 valoraciones en el servicio de urgencias del HPFBA, de estas tan solo 816 fueron valoraciones psiquiátricas realizadas a solicitud de alguna autoridad gubernamental, representando un 5.49% del total. Se excluyeron 367 valoraciones por tratarse de usuarios que llegaron en calidad de presunto, víctima o libre, o y sin especificarse; personas extraviadas; usuarios de migración, representando un 45%. En el presente estudio se identificaron 449 valoraciones psiquiátricas realizadas a usuarios en calidad de detenido, cifra que corresponde al 55% del total de las valoraciones solicitadas por una autoridad. Con estos datos se aprecia que únicamente el 3% del total de valoraciones psiquiátricas que se realizaron en el servicio de urgencias durante el año 2013 corresponde a usuarios con conducta delictiva. Lo anterior demuestra una mínima relación entre los enfermos mentales y la conducta delictiva. A partir de aquí se discutirán los resultados para describir aún más esta relación y comenzar el camino hacia la desestigmatización del paciente psiquiátrico, resultados comparables con los que se han encontrado en estudios parecidos realizados en Europa y en Norte y Sudamérica.

Sin que haya sido motivo del presente estudio, se encontró un dato que coincide con los resultados obtenidos en el trabajo realizado en Brasil por Madalena F. en el año 2008, en el que sugiere una mayor frecuencia de conducta violenta en enfermos mentales durante la época del año con temperatura climática más alta. En México, el año 2013 se ubicó como el segundo año más cálido desde 1971, ligeramente inferior a lo observado en 2006. En la ilustración 4 se muestra el patrón de temperatura a lo largo del año. Los tres parámetros de la temperatura quedaron por arriba de los valores normales entre 1971 y 2000; en la porción superior de la media más dos desviaciones estándar. El promedio de la temperatura máxima

a nivel nacional superó este umbral durante la primavera (la temporada climatológica más seca y cálida <sup>29</sup>).



*Fig. 18. Marcha diaria de la temperatura a nivel nacional (°C) de enero a diciembre de 2013. Los umbrales para las desviaciones estándar fueron calculados con respecto a la normal 1971-2000. Con información disponible en diciembre de 2013 en el Sistema de Información Hidroclimatológica (SIH) de la Gerencia de Aguas Superficiales e Ingeniería de Rios-Conagua, cualquier cálculo posterior podrá resultar diferente.*

#### Ilustración 4 Temperatura promedio en México en el año 2013<sup>1</sup>

Como se muestra en el presente trabajo, se realizó una mayor cantidad de valoraciones a usuarios detenidos durante los meses Marzo-Agosto, periodo correspondiente según el reporte anual de CONAGUA con los meses más cálidos del año. Se identificaron 270 casos durante este periodo, lo que significa el 60.13% del total de las valoraciones realizadas a los

<sup>1</sup> Imagen tomada del Reporte anual del clima en México del año 2013 (CONAGUA).



usuarios detenidos, por lo que se puede demostrar una asociación positiva entre conducta delictiva y aumento de la temperatura climática en los pacientes con enfermedad mental. Será necesario un estudio más profundo asociando los niveles de neurotransmisores con las condiciones climáticas como se sugiere en el estudio de Madalena F. para establecer una adecuada correlación entre estas variables.

El 33.4% de los delitos cometidos en el presente estudio fueron realizados en el rango de edad de 26-35, siendo este con la mayor tasa de conducta delictiva. Casi el 80% de los delitos cometidos en el estudio se identificaron entre los 18 y 45 años de edad además que se observó que a mayor edad, la frecuencia de delitos cometidos iba en disminución. También de manera general se corroboró que el género masculino se encuentra más relacionado con la conducta delictiva, ya que dentro del estudio se identificaron 360 casos de este género representando un 80.2% del total.

Dentro de las patologías psiquiátricas primarias de mayor interés para el estudio por su relación con la conducta delictiva, la esquizofrenia se identificó en un 10.6% de los casos, la psicosis sin especificación en un 12.2% y los trastornos afectivos mayores en un 5.1%. Lo anterior suma 27.9 % del total de los casos estudiados. En cambio la conducta delictiva asociada al trastorno por consumo de sustancias se presentó en un 27.8% de los casos y se identificaron trastornos de personalidad en un 6.7% de los casos, con la limitante de la dificultad de realizar este diagnóstico en una valoración de urgencias, además no se logró identificar un diagnóstico psiquiátrico en el 16.9% de los casos. La suma de lo anterior queda en 51.4% de los casos. El resto de los casos se asociaron a trastornos neuropsiquiátricos (retraso mental y TCE) y a otros trastornos psiquiátricos considerados menores. Con estos resultados se puede afirmar que la conducta delictiva si está asociada a la enfermedad mental, sin embargo se trata de los usuarios con consumo de sustancias, y

trastorno de personalidad los que más se asocian a la conducta delictiva, además de que incluso no se llegó a ningún diagnóstico psiquiátrico en un porcentaje alto de los usuarios detenidos. Ahora bien, a los usuarios identificados con trastorno psiquiátrico primario, también se les identificaron comorbilidades ampliamente estudiadas y asociadas con la conducta delictiva, el trastorno por consumo de sustancias y de los trastornos de personalidad, con un total de 16.2%. Lo que coincide con las distintas teorías de que la enfermedad mental se asocia a la conducta delictiva debido a otros factores sociodemográficos (comorbilidades, genética, ambiente, pobreza, edad, género, etc.) más que con el diagnóstico psiquiátrico per sé.

Dado que uno de los objetivos del estudio es minimizar el estigma social relacionado con la enfermedad mental y la conducta delictiva violenta, se realizó una distinción entre 2 grupos de delitos, violentos y no violentos. De esta manera 207 de los delitos valorados fueron considerados violentos ocupando un 46.1% del total de la muestra. La cifra anterior corresponde a tan solo un 1.4% del total de valoraciones realizadas en el servicio de urgencias durante el año 2013, lo que comprueba que la conducta delictiva violenta asociada a enfermedad mental es mínima. Se agruparon en los DV al homicidio, el abuso sexual, las lesiones, la sustracción de menores, el robo con violencia y la violencia familiar. El delito cometido con mayor frecuencia fue robo simple (40.3 %) seguido por el robo con violencia cometido (20.9%) y el tercer lugar lo ocupa la violencia familiar (9.8%). Delitos menos graves como daño a la propiedad y allanamiento de morada tuvieron un 4.5% y 1.1% de presentación respectivamente. Los delitos más graves como el homicidio, abuso sexual, sustracción de menores y lesiones se cometieron respectivamente en un 0.9%, 6.7%, 0.9% y 6.9% de los casos. Se puede apreciar en el presente trabajo que los delitos considerados

más violentos tienen una mínima relación con la enfermedad mental de manera general, más adelante se detallara esta relación.

El género femenino cometió el 16.42% de los delitos violentos y el género masculino el 83.57%. Coincidiendo nuevamente con el hecho ampliamente discutido en diversos estudios de que el género masculino es el que está mayormente relacionado con la conducta delictiva, sin embargo también se comprobó que a pesar de que el género femenino se asocia menos a la conducta delictiva, es este el que está más relacionado con los delitos violentos considerados más graves. El 75% de los casos de homicidios fueron realizados por usuarios del género femenino, además de que esta misma proporción se identificó para el delito de sustracción de menores. Los hombres cometieron el 100% de los abusos sexuales, predominantemente entre los 26 y 45 años de edad.

Se realizó una comparación entre género y diagnóstico psiquiátrico con los delitos violentos para esclarecer aún más la relación entre enfermedad mental y conducta delictiva violenta. De los cuatro homicidios cometidos dentro del estudio, como ya se mencionó previamente tres fueron realizados por el género femenino de las cuales solo una contaba con un diagnóstico psiquiátrico mayor (trastorno psicótico sin especificación), una fue diagnosticada con trastorno por consumo de sustancias y en el último caso no se realizó un diagnóstico psiquiátrico al igual que en el caso de homicidio cometido por el género masculino. En este sentido se puede apreciar que la conducta delictiva violenta de mayor gravedad se asoció tan solo en un 25% con una enfermedad mental primaria. De los cuatro casos de sustracción de menores, tres fueron cometidos por usuarios del género femenino con diagnósticos de esquizofrenia paranoide, esquizofrenia indiferenciada y psicosis sin especificación respectivamente, el caso cometido por el usuario del género masculino no se asoció a algún diagnóstico psiquiátrico. En este caso se puede demostrar que los trastornos psicóticos se

encuentran altamente relacionados con el delito de sustracción de menores ya que el 100% de las mujeres que lo cometieron dentro del estudio se encontraban psicóticas durante la valoración. En los casos de homicidio y sustracción de menores no se identificó alguna comorbilidad. De los casos de abuso sexual se relacionó con mayor frecuencia al retraso mental (36.6%), a los trastornos psicóticos (23.33%) y al trastorno relacionado al consumo de sustancias (10%), además no se logró un diagnóstico psiquiátrico en un 13.33%. A manera general se comprobó que los delitos graves como abuso sexual, robo con violencia y lesiones se asocian de manera frecuente con el trastorno por consumo de sustancias como comorbilidad.

## CONCLUSIONES

La lucha contra el estigma social es un aspecto clave de los intentos por mejorar la calidad de vida de los enfermos mentales. Es importante que esta lucha forme parte de los objetivos y actuaciones necesarias en los sistemas de atención en salud mental. Es necesario cambiar las emociones, opiniones y conductas erróneas hacia los enfermos mentales, situando adecuadamente el tema de la violencia. Por último, es indispensable identificar factores y personas en situación de riesgo de violencia para intentar prevenir su desarrollo.

El presente estudio confirma que existe una relación entre conducta delictiva y enfermedad mental en la que esta última juega un papel como factor de riesgo de violencia, esto ha sido demostrado en diversos estudios epidemiológicos realizados en los últimos años en distintos países y por diferentes grupos de investigación. Sin embargo es necesario aclarar tres puntos de importancia significativa: que la mayoría de las personas diagnosticadas con algún trastorno mental mayor no son violentas; que de los enfermos mentales con conducta delictiva presentaron una alta frecuencia de comorbilidad con el trastorno por consumo de sustancias y el trastorno de personalidad; y por último, que la mayoría de los sucesos violentos que ocurren en nuestra sociedad los cometen personas sin trastorno mental. Otros factores de importancia que se asocian con la conducta delictiva incluyen el comportamiento hostil, el pobre control de impulsos, falta de insight, pobre apego al tratamiento, genética, pobreza. Sería benéfico realizar estudios observacionales incluyendo estos factores para identificar su potencial contribución a la conducta violenta

De los casos estudiados para el presente trabajo, el 67.5% no contó con un diagnóstico previo de enfermedad mental lo que muestra la necesidad de fomentar programas de capacitación psiquiátrica continua para los médicos generales, esto con la finalidad de

reconocer desde sus inicios a los enfermos mentales y canalizarlos posteriormente a los servicios de salud mental para así comenzar un tratamiento específico y minimizar las conductas delictivas relacionadas con el descontrol sintomático.

Con respecto a la población ya identificada por el HPFBA, únicamente en el 9.8% de los casos estudiados se confirmó que contaran con expediente clínico de la institución. Este dato se considera de importancia ya que es aquí donde se puede incidir de manera positiva sobre estos pacientes con manejos multidisciplinarios, intervenciones terapéuticas y farmacológicas para evitar reincidencias delictivas y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1) López Munguía, La Práctica Forense en Psiquiatría. “Relevancia legal de la enfermedad mental”, Programa de Actualización Continua Psiquiatría-4, libro 9, 2003.
- 2) Gustavson C., Risk and prediction of violent crime in forensic psychiatry Institute of Clinical Sciences, Malmö, Forensic psychiatry, Lund University: Doctoral thesis. 2010.
- 3) Molina J., et.al. Delictología de los trastornos de personalidad y su repercusión sobre la imputabilidad. *eduPsykhé*, 2009; 8( 2): 101-126.
- 4) Molina Ojeda, López Munguía. Retos de la Psiquiatría Forense en México. *Revista Colombiana de Psiquiatría* 2005; S1:34:98-103.
- 5) López Munguía, Molina Ojeda. La Psiquiatría Forense en México: retos, debilidades y fortalezas. *Revista Colombiana de Psiquiatría* 2005; S1:34:90-97.
- 6) Christopher P, et.al. Prevalence of involvement in the criminal justice system during severe mania and associated symptomatology. *Psychiatric Services* 2012;63:33–39.
- 7) Esbec E., Echeburúa E., Violencia y trastornos de la personalidad: implicaciones clínicas y forenses. *Actas Esp Psiquiatr* 2010;38(5):249-261.
- 8) Witt K, Van Dorn R, Fazel S, Risk Factors for Violence in Psychosis: Systematic Review and Meta-Regression Analysis of 110 Studies. *PLoS ONE* 2013; 8(2):1-15.
- 9) Mueser K., et.al., Conduct disorder and antisocial personality disorder in persons with severe psychiatric and substance use disorders. *Schizophrenia Bulletin* 2006; 32(4): 626–636.
- 10) Volavka J., Violence in schizophrenia and bipolar disorder, *Psychiatria Danubina*, 2013;25(1):24-3.

- 11) Fazel S., Yu R., Psychotic disorders and repeat offending: systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin* 2011;37( 4): 800–810.
- 12) Fresan A., Nicolini H., et.al., Aspectos penales y características clínicas de la criminalidad en la esquizofrenia. *Salud Mental* 2002; 25( 5):72-78.
- 13) Singh J.P., et.al. Structured assessment of violence risk in schizophrenia and other psychiatric disorders: A systematic review of the validity, reliability, and item content of 10 available instruments. *Schizophrenia Bulletin* 2011;37(5):899–912.
- 14) Fazel S, et.al. Schizophrenia and Violence: Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS Med* 2009;6(8):1-15.
- 15) Madalena F., et.al. Seasonality of three dimensions of mania: Psychosis, aggression and suicidality. *Journal of Affective Disorders* 2008;108:95–100.
- 16) Gómez-Durán E.L., et al. Clinical characteristics and legal consequences of violent behavior: a case of bipolar disorder, *Actas Esp Psiquiatr* 2010;38(6):374-376.
- 17) Cameron Quanbeck, M.D, et. al. Mania and the Law in California: Understanding the Criminalization of the Mentally Ill, *Am J Psychiatry* 2003;160:1245-1250.
- 18) Fazel S., et.al. Bipolar Disorder and Violent Crime: New Evidence From Population-Based Longitudinal Studies and Systematic Review. *Arch Gen Psychiatry*. 2010;67(9):931-938.
- 19) Núñez Gaitán M.C., López Miguel M., Psicopatología y delincuencia: Implicaciones en el concepto de imputabilidad. *Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología*. 2009; 11: r2:1-r2:8.
- 20) Thompson M., Gender, mental illness, and crime. Research report submitted to the U.S. Department of Justice, 2008. Grant No. 2007-IJ-CX-0004.



- 21) Jiang D., et.al. Drug-abusing offenders with co-morbid mental disorders: Gender differences in problem severity, treatment participation, and recidivism. *Biomed Environ Sci*, 2013; 26(1): 32-39.
- 22) Yu R., et.al. Personality disorders, violence, and antisocial behavior : A systematic review and meta -regression analysis. *Journal of Personality Disorders* 2012; 26(5): 775-792.
- 23) Esbec E, Echeburúa, E. La reformulación de los trastornos de la personalidad en el DSM-V. *Act Esp Psiquiatr* 2010.
- 24) Aurrecoechea F., et. al. Esquizofrenia y conducta violenta. *Revisiones SEMG* 2007;94:157-165
- 25) Volavka J., Violent Crime, Epilepsy, and Traumatic Brain Injury. *PLoS Med*, 2011;8(12):e1001148.
- 26) Muci-Mendoza R., El accidente de Phineas Gage: su legado a la neurobiología. *Colección Razetti*.2007; 4(12):259-286
- 27) Fazel S., et.al. Risk of violent crime in individuals with epilepsy and traumatic brain injury: A 35-year swedish population study. *PLoS Med* 2011;8(12):1-8.
- 28) Gran M, et.al. The association between psychiatric diagnosis and violent re-offending in adult offenders in the community. *BMC Psychiatry* 2008; 8:92(1-7).
- 29) Arnais A., Uriarte J., Estigma y enfermedad mental. *Norte de salud mental* 2006; 26:49-59.
- 30) López M., Laviana M., et.al. La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental: Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq* 2008; 28(101):43-83.

31) Albanil A., Pascual E., et.al., Reporte del clima en México: Reporte anual 2013. Coordinación General del Servicio Meteorológico Nacional. Gerencia de Meteorología y Climatología. CONAGUA.

## ANEXOS

Tabla 23 Relación entre género y delitos violentos con el diagnóstico psiquiátrico

	Genero											
	femenino						masculino					
	Delitos violentos						Delitos violentos					
	Homicidio	Abuso sexual	Lesiones	Sustracción de menores	Robo con violencia	Violencia familiar	Homicidio	Abuso sexual	Lesiones	Sustracción de menores	Robo con violencia	Violencia familiar
Recuento	Recuento	Recuento	Recuento	Recuento	Recuento	Recuento	Recuento	Recuento	Recuento	Recuento	Recuento	
Diagnóstico principal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Consumo de múltiples sustancias	1	0	0	0	1	1	0	2	6	1	15	12
Consumo perjudicial de alcohol	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
Demencia por alcohol	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Demencia sin especificación	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Esquizofrenia indiferenciada	0	0	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1
Esquizofrenia paranoide	0	0	0	1	0	1	0	3	3	0	2	3
Epilepsia	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	3	0
Psicosis asociada al consumo de sustancias	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	10	2
Psicosis sin especificación	1	0	0	1	1	2	0	3	2	0	9	7
Retraso mental grave	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Retraso mental leve	0	0	0	0	1	0	0	5	3	0	7	0
Retraso mental leve/moderado	0	0	0	0	1	2	0	6	0	0	4	1
Trastorno de ansiedad generalizada	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Trastorno Bipolar episodio maniaco	0	0	0	0	1	2	0	1	1	0	1	1
Trastorno por déficit de atención e hiperactividad	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Trastorno depresivo mayor	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2
Trastorno esquizoafectivo	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Trastorno general del desarrollo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Trastorno del comportamiento secundario a causa orgánica	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	5	0
Trastorno antisocial de la personalidad	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	6	2
Trastorno esquizotípico de la personalidad	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Trastorno límite de la personalidad	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0
Sin diagnóstico psiquiátrico	1	0	6	0	2	0	1	4	3	0	19	3