

11241

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

Facultad de Medicina Depto. De Psicología Médica, Psiquiatría y Salud
Mental

Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez

Procesos legales y diagnósticos psiquiátricos en pacientes del servicio de
urgencias del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez: Revisión de
un año.

Tesis para obtener el diploma de Psiquiatría

Presenta: Dra. Raquel González Burns

Asesor Metodológico: Dra. Carmen Rojas Casas

Asesor Teórico: Dr. Francisco Franco López Salazar

SUBDIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN
DIVISIÓN DE ESTADÍSTICA Y EVALUACIÓN
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.

México, D.F., noviembre ~~2003~~
2004

CURSO DE ESPECIALIDAD EN PSICOPATOLOGÍA
MÓDULO DE PSICOLOGÍA MÉDICA Y
PSICOPATOLOGÍA Y SALUD MENTAL
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.

DR. ALICIA MARTÍNEZ...



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.

INDICE

Marco Teórico	2
Introducción.....	3-4
Revisión histórica.....	4-5
Conceptos del Marco Jurídico.....	5-8
Epidemiología Psiquiátrico-Forense.....	8-16
Antecedentes.....	16-18
Justificación.....	18
Definición del Problema.....	18
Objetivos.....	19
Población a estudiar.....	19
Criterios de Inclusión/Eliminación.....	19
Material y Métodos	19
Diseño del Estudio.....	20
Hipótesis.....	20
Procedimiento.....	20-21
Definición de variables.....	21-24
Resultados	25-28
Presentación de la información	29-35
Cuadros.....	35-36
Discusión.....	37-38
Conclusiones.....	
Referencias.....	

UNAM a difundi en formato de audio e video a
contenido de la misma recepción
NOMBRE: Raquel Gonzalez Barros

FECHA: Junio 24 2024



MARCO TEORICO

Introducción

En el campo del Derecho Civil, la tutela judicial del ingreso psiquiátrico, así como las posibilidades que la ley da al Juez en la incapacitación ha abierto una puerta de conexión entre jueces y el mundo de la psiquiatría. Igualmente el actual Código Penal no solo abre nuevos campos de actuación médico legal al renovar los constructos médico-jurídicos que actúan como atenuantes o eximentes, sino que al considerar recursos terapéuticos como medidas de seguridad y limitar el tiempo de estas medidas vuelve a crear otra puerta de conexión entre Medicina y Derecho.

A su vez, la Medicina ha modificado sustancialmente aspectos que afectan profundamente el campo de la Psiquiatría Forense. En primer lugar, se han extendido los recursos asistenciales del sistema público de salud a todos los ciudadanos y esto se ha hecho con carácter general en otras áreas de la Medicina y se han desarrollado a través de un canal específico en el área de la salud mental. Por otro lado los avances médicos permiten valorar los elementos en otro tiempo intangibles o medir lo que antes era sólo subjetividad del especialista en psiquiatría.(31)

La posible relación entre Conducta delictiva y la enfermedad mental ha estado sujeta a considerables debates a través de la historia. La cuestión de si las personas con trastornos psiquiátricos son más proclives a cometer actos violentos que los miembros de la población general ha sido puesto en el blanco de muchos estudios. La peligrosidad y la impredecibilidad son elementos centrales en la visión general sobre la enfermedad mental, de forma que la legislación de muchos países asumen que la presencia del trastorno compromete la responsabilidad del paciente en el acto. Varios autores afirman basados en estudios epidemiológicos que la violencia entre individuos afectados por problemas mentales es dos a tres veces más común que entre la población abierta, aunque la información es contradictoria según los primeros artículos de investigación al respecto.

De manera innegable la entrevista psiquiátrica sigue siendo un elemento básico en la conformación de un panorama estadístico que nos hable sobre el futuro legal del paciente psiquiátrico. La dinámica familiar esclarecida a través de esta herramienta nos ha permitido conocer los elementos que precipitan los actos violentos y delictivos en general entre los pacientes. Es bien sabido que son los familiares –padres, cónyuges e hijos- los blancos que en primer lugar se ven afectados cuando el individuo afectado de sus capacidades mentales comete actos delictivos. Por otra parte los factores demográficos en general proporcionan el ambiente para desarrollar en distinto curso que distancia el futuro de los pacientes.

Por otra parte, cuando profundizamos en la delitología psiquiátrica, se aborda un conflicto que no ha sido siempre apoyado a esclarecerse a través de la estadística, ¿son los enfermos mentales más violentos que el resto de la población?. Aunque la profesión de la salud mental se ha esforzado en combatir los estereotipos negativos asociados a la enfermedad mental, existe una fuerte creencia acerca de que la agresión y la conducta violenta son más comunes en individuos con serios trastornos psiquiátricos –recordemos la historia medieval y clásica-. Es así como los estudios que han englobado grupos característicos se han visto enfrentados a dificultades

ignorancia de la causa de hechos inexplicables, como la muerte de un hijo a manos de su padre (25).

Con lo dicho hasta aquí pretendemos llamar la atención sobre la forma poco clara en que la psiquiatría a través de los actos violentos se relaciona con la ley.

Lo que a todas luces resulta claro es que el propio profesional de la salud mental, o mejor dicho, de la enfermedad mental, llámese médico alienista del siglo XIX, en su afán por encontrar una explicación a lo inexplicable se refugio erróneamente en otra área sin explicación: La locura. Médicos y juristas creyeron encontrar la razón de la sin razón, explicar la ausencia de conocimientos, desde lo desconocido y así la locura se convierte en una causa amplia, segura, genuina de todos aquellos actos humanos que no son explicables ni entendibles desde la razón. Con esto y desde entonces el enfermo mental carga con un estigma más, la violencia, emblema que ostenta hasta nuestros días y que ha ocasionado que la enfermedad mental y violencia sean entendidos como sinónimos. Nada más lejos de la realidad.

Es así como se vuelve importante profundizar en el tema y considerar la trascendencia social y médica que tiene en nuestros días desde los campos civil y penal que contempla nuestra ley en México.

Conceptos actuales del Marco Jurídico

Tal es la peor locura del hombre: no reconocer la miseria en que está encerrado, la flaqueza que le impide acceder a la verdad y al bien; no saber qué parte de la locura es la suya...

Stultifera Navis (14)

El marco legal que abarca actualmente a los pacientes con enfermedad mental ha visto su nacimiento desde los albores históricos despertando la preocupación social por estos individuos. Es así que se ha escrito en diversas civilizaciones en un intento por perfeccionar y humanizar la reglamentación jurídica para procesar los delitos que pudieran cometer los pacientes alterados en sus funciones mentales.

Actualmente la Psiquiatría Forense en su ejercicio, está apoyada por un sistema de conceptos en Derecho que permiten el análisis individual.

Partiendo de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, en el que se expresa que "Todo ser humano tiene derecho, en todas partes al reconocimiento de su personalidad jurídica", es que podemos comprender los preceptos básicos. La Capacidad Jurídica, se considera a la aptitud para ser sujeto de sus derechos y obligaciones que tiene toda persona por el hecho de existir. Una parte importante lo constituye la capacidad de obrar, esto es, la capacidad para gobernar los derechos y obligaciones. Estos atributos se encuentran reconocidos en el Código Civil, en los artículos 22, 23, 450 y finalmente el 1798, que establece la obligatoriedad de que sea a través de una sentencia judicial la única manera de ser incapacitado judicialmente.

En 1975, el problema de la "irresponsabilidad" en el contexto de los trastornos psiquiátricos fue codificado en la sección 20 del Código Penal Alemán: "Una persona actúa sin culpa, cuando al momento de que el acto criminal es cometido, es incapaz de comprender la gravedad de su acción o es incapaz de actuar de acuerdo con su

comprensión debido a una enfermedad mental, a un profundo disturbio de su conciencia, a un retardo mental o debido a alguna otra anomalía mental seria". (18)

Entramos en el área penal, cuando consideramos una característica del hombre tan importante como lo es la responsabilidad, pues se considera que el hombre psíquicamente normal es responsable porque es libre para decidirse entre el bien y el mal. La responsabilidad será determinada por el de cargo judicial (Juez) apoyado en el psiquiatra que aporte los elementos para evaluar la integridad psíquica del individuo, así mismo se graduará la responsabilidad según establezcan los artículos 15 y 69 bis del Código Penal en vigor –en el caso del Distrito Federal-. (6)

Según el diccionario de la Real Academia Española, es Enajenado el que está privado del juicio o del uso de la razón. Por otra parte, el concepto jurídico de enfermedad mental, dice que: es el estado patológico del individuo por detención del desarrollo, desviación o decadencia de las funciones intelectuales, siempre que estos diferentes estados puedan responder a especies morbosas definidas y el individuo sea incapaz de dirigirse normalmente, lo que lo hace exento de responsabilidad penal. Además, para que una enfermedad mental pueda constituir una incapacitación, deben darse básicamente tres criterios: a) El Psicopatológico, ya que la enfermedad tiene que afectar al conocimiento con que el sujeto realice los actos, el juicio para aplicar dichos actos y a la libertad volitiva que se emplea; b) El Cronológico, pues la enfermedad debe ser persistente en el tiempo y así, los estados intermitentes (hipnosis, sonambulismo) no determinan causa de incapacitación sin perjuicio de que los actos realizados bajo su régimen puedan ser impugnados por falta de conocimiento; y finalmente c) El Jurídico, ya que la ley exige que la misma anomalía impida al sujeto gobernarse así mismo.

La Epidemiología Psiquiátrico-Forense

La Ley de Peligrosidad Social, ha considerado a los alcohólicos habituales, toxicómanos, débiles mentales, antisociales, enfermos mentales y homosexuales. Sin embargo, en la información respecto a la peligrosidad del enfermo mental hay contradicciones ya que existen autores que afirman que el porcentaje de crímenes ejecutados por pacientes psiquiátricos no es mas contundente que los ejercidos por el resto de población, en contraposición a las creencias antiguas sobre la locura y a otros estudios que han comparado, a largo plazo, la frecuencia de criminalidad entre individuos que padecen trastornos mentales mayores y aquellos que no lo desarrollaron, encontrando resultados opuestos. Definitivamente la complejidad de los estudios debido a los conflictos para comparar los procesos policiales y los tratamientos seguidos al detectar pacientes psiquiátricos, la confiabilidad y su pobreza de registro y la variabilidad de los factores involucrados son solo algunos ejemplos de las dificultades a las que se enfrentan los investigadores en este campo psiquiátrico forense (17).

La Criminología nos apoya al buscar las teorías que expliquen los orígenes del delito y del criminal; existen al respecto dos modelos fenomenológicos: el modelo teórico occidental, que intenta explicar el crimen en forma científica (biológico, psicológico) y el modelo práctico Socialista, que intenta prevenir el crimen,

argumentando que la sociedad socialista perfecta no produce crímenes(20). Esto significa que las teorías más difundidas coinciden en un doble orden y naturaleza. Ya que las teorías sociológicas dan absoluta importancia a las causas externas o sociales, niegan o atribuyen escaso valor a las causas individuales. El delito, por tanto, viene a ser una directa consecuencia de las distintas condiciones sociales, o sea, económicas, culturales, políticas y morales, que se encuentran ente los diversos pueblos en sus vicisitudes de progreso y retroceso, esto es, de aquellas condiciones que formasen los caracteres individuales, en cuanto a los hombres, naciendo iguales, llegan a ser buenos o malos, conforme al ambiente en el cual viven o se desarrollan. Según los sostenedores de las teorías biológicas, por el contrario, el ambiente social da solamente forma al delito, y sirve para hacerlo más o menos frecuente, pero su verdadera causa está siempre en la personalidad individual, que constituye el terreno sobre el que obra el ambiente (10).

Con el fin de conocer la distribución y características socioculturales de las conductas delictivas y su relación entre la enfermedad mental, es que la Epidemiología se vuelve un valioso instrumento en la aplicación de recursos y su optimización por los sistemas de salud y penales (11).

Delitología Psiquiátrica

En el campo de la Criminología clínica se hace cada vez más necesaria una diagnosis de personalidad, basada en la cual pueda reconstruirse con la mayor exactitud posible, la génesis y la dinámica de los fenómenos criminales particulares, a fin de establecer los medios necesarios de tratamiento reeducativo del individuo al que está estrechamente ligado también el pronóstico sobre futura conducta y peligrosidad (5). Esta, proviene del latín periculosos, nombra al que tiene riesgo o puede ocasionar daño o cometer actos delictivos. Los componentes de la Peligrosidad según Resnick son: (33)

La magnitud del daño, la probabilidad de acción, la frecuencia del acto y la inminencia del acto. La peligrosidad del supuesto acto o amenazas se determina al analizar por separado cada uno de los factores mencionados y posteriormente en combinación entre ellos.

No podemos ignorar por otro lado, que existen enfermedades mentales y que durante periodos concretos de las mismas (vgr. agudización de los síntomas en la esquizofrenia) se puedan dar conductas agresivas, hostiles e incluso homicidas. Esas conductas, invariablemente por lo dramático, imprevisible o desproporcionado, producen una exagerada alerta en la sociedad, lo que con frecuencia se convierte en noticia sensacionalista que sólo produce mayor desinformación y por otra parte participa en la generalización del problema, que al mismo tiempo cumple con una función catártica o de válvula de escape social, tal como ha sucedido en muchos casos. (25)(15)

Varios estudios recientes a gran escala han determinado que existe una relación entre trastornos mentales y violencia. Se han encontrado que estos índices varían de acuerdo a categorías diagnósticas, sugiriendo que es esencial para examinar tales diagnósticos hacerlo en forma independiente de su relación al riesgo de provocar una conducta violenta en particular. (9)

Analizando la delitología más frecuente, es decir, desde la posibilidad de actuación antilegal en cuanto a la frecuencia y en cuanto a la gravedad de los actos

delictivos en caso del retraso mental, la delitología depende de dos características: la intensidad de la deficiencia y la modalidad clínica. El máximo nivel de peligrosidad se produce en los portadores de retraso mental superficial. Con respecto a la modalidad clínica se destacan dos vertientes: el tipo herético, intranquilo, colérico o activo, y el tipo tórpido, apacible, pasivo, tranquilo y flemático. En el primero la posibilidad de delinquir es alta, en comparación con el segundo (39). Por otra parte, en cuanto a su relación directa con el hecho delictivo pueden considerarse tres situaciones posibles: como autor material, coautor por inducción y víctima del delito. Respecto a los delitos cometidos, se consideran tres rubros principales, tales como los delitos contra la vida y la integridad corporal (27% de los homicidios y 20% de las lesiones); los delitos contra la propiedad, sobre todo hurto y robo con el 19.5 y 2.6% respectivamente; delitos de índole sexual: 4% violaciones; 5% tentativa de homicidio y 1.4% de abusos deshonestos. (27).

Respecto a los síndromes demenciales, deben considerarse dos estados, el primero es el periodo predemencial (con deterioro mental reducido) y cuando ya existe un intenso deterioro. Principalmente se realizan delitos de índole sexual, sin violencia, como exhibicionismo y atentados al pudor, por lo general en niños, delitos por omisión y luego hurtos disparatados. (27)

Los trastornos paranoides, en este caso son los pacientes más peligrosos en potencia dentro de la gama psiquiátrica. No suele ocultarse, no se arrepiente y con frecuencia considera su crimen como necesario y sublime. Suele ser un criminal astuto, solitario y desafiante. El tipo de delitos corresponde directamente a las características del trastorno delirante. (27)

La conducta violenta puede ocurrir espontáneamente en individuos que sufran trastornos epilépticos, independientemente de las anormalidades detectadas en el electroencefalograma (16). En estos pacientes con epilepsia puede cometer toda clase de infracciones, pero con frecuencia son hechos imprevistos o insólitos. El enfermo huye, en ocasiones presenta inconciencia del acto o incluso suele dormirse y presenta posteriormente un recuerdo vago. En contraste con la conducta limitada y desorganizada del periodo postictal, la agresión durante el periodo interictal como lo ejemplifican los casos clínicos, es mucho más frecuente y potencialmente más seria en sus consecuencias, ya que durante el acto interictal, el paciente está alerta. El paciente característicamente recuerda y reconoce su conducta y puede experimentar un remordimiento sincero respecto a las consecuencias. (22) (3)

Por otra parte el paciente esquizofrénico, presenta una considerable importancia médico legal y dentro de las enfermedades mentales en casi todos los estudios están en primer o segundo lugar. La génesis delictiva es doble: el automatismo y la impulsión. Baste saber que en caso de comorbilidad con sustancias de abuso, la proporción de actos violentos se incrementa hasta 4 veces especialmente en los grupos de 20-29 y de 40-49 años (22). Además se ha observado una alta prevalencia en de conductas agresivas en pacientes esquizofrénicos con síndromes como el de Capgras y Frégoli, aumentando la evidencia de que varias áreas en ambos hemisferios están involucrados en la patogénesis de la agresión en estos pacientes, apoyando la concepción de la heterogeneidad como causas de la violencia. (16)

Por otra parte está la cuestión de que los delirios pueden precipitar la violencia, sin embargo esto no quiere decir necesariamente que las personas con este tipo de

alteraciones del contenido del pensamiento sean más violentos que otros pacientes psiquiátricos, sólo algunos tipos de delirios están asociados a la agresividad – “síndrome de descontrol”-, mientras que en otros puede ser incluso un factor protector. (36)

Los estudios en poblaciones para identificación de la relación en los géneros masculino-femenino en el caso de delitos ha permitido conocer que dentro de la población psiquiátrica los hombres siguen predominando en proporción, sin embargo la brecha entre estos y las mujeres se reduce en comparación a poblaciones abiertas (12). Las diferencias también son notables en el tipo de delitos cometidos, ya que entre el género femenino predominan los delitos de incendio, daño criminal y autolesiones, mientras que en el masculino lo son la violencia sexual, delitos adquisitivos, el robo y con uso de armas de fuego, según lo han demostrado los estudios (8).

Antecedentes

La delitología es un área de investigación penal que en el ámbito de la Psiquiatría se ha visto auxiliada por los resultados de búsqueda epidemiológica. Existen varias facetas del estudio trastorno mental-violencia. Hasta hace un par de décadas el interés se concentró en el efecto de la violencia sobre la enfermedad y su aparición, específicamente en trastornos de estrés postraumático y estudios a largo plazo sobre las consecuencias de abuso sexual y físico en la infancia. Fue sobresaliente el Simposium de junio de 1997 en Leipzig, donde se enfocó a la violencia como una variable independiente, proponiéndose así, a través de la Federación Internacional de Epidemiología Psiquiátrica a reunir a clínicos y científicos en zonas límite entre la epidemiología, criminología y ciencias sociales, esto debido a que existe un poderoso estereotipo de peligrosidad asociado a la enfermedad mental, que al parecer desde los años '50 se ha visto reforzado por el cine, la televisión y la prensa.

En los últimos veinte años varias investigaciones epidemiológicas han coincidido en asociar positivamente la enfermedad mental con el riesgo de violencia incluyendo ofensas serias contra la propia persona (Monahan 1992, Mulvey 1994, Link y Stueve 1995, Mullen 1997, Brennan 2000). Esta asociación es mucho más fuerte con ciertos subgrupos de diagnóstico como ya se ha referido previamente: esquizofrenia, trastornos relacionados a consumo de alcohol y drogas y/o trastornos de personalidad.(4)(1)

En principio, se han seguido tres cauces para determinar qué relación existe entre trastorno mental y conducta violenta: primero, para estudiar la prevalencia de violencia entre pacientes psiquiátricos que recibían tratamiento en sistemas de salud; el segundo, para estudiar la prevalencia de enfermedad mental entre personas que han cometido actos violentos y que están en contacto a través de sistemas criminales de justicia; y tercero basándose en estudios epidemiológicos en población abierta sobre enfermedad mental y conductas violentas fuera de los sistemas psiquiátricos y legales.(29)

Es así, como desde diferentes ángulos de investigación, ha emergido un consenso en que son las personas mentalmente alteradas quienes cometen actos violentos con mayor frecuencia, en comparación con la población general (24). Estos hallazgos sin embargo no deben ser considerados en forma aislada. Las limitaciones

metodológicas y problemas conceptuales deben observarse al interpretar las conclusiones. Los objetivos de varias metodologías en este rubro de investigación se han dirigido a subrayar la importancia del contexto social en actos violentos y considerar a esta asociación como parte de un complejo multidimensional (19). Con Mezger aparece una importantísima cuestión: la concepción sociológica del delito, pues en efecto, esta remueve un problema fundamental, en orden a si la disposición o más bien el "medio" posee el influjo decisivo en la génesis del delito, las bases y las proposiciones fundamentales de la lucha jurídico-penal contra el mismo.

Además, durante las últimas décadas se ha comenzado a dirigir la atención sobre otras líneas de investigación en la psiquiatría forense, con la finalidad de auxiliar en la práctica de la prevención del daño. A sido llamada así a esta tendencia que en el campo del derecho busca identificar a los delitos de menor gravedad sobre las áreas de la salud, discriminación étnica y de género, violencia intrafamiliar, delitos en el área hacendaria, entre otros.

La apertura hacia esta actitud preventiva se ha extendido entre los países desarrollados y en programas similares en países como México, especialmente en el área de los delitos contra la salud.

La literatura que se presenta en seguida a buscado responder a las interrogantes sobre la asociación del delito con la población psiquiátrica, versa principalmente sobre el manejo en Instituciones especializadas y con las recientes búsquedas que sobre esta cuestión existe.

En el estudio de Brennan y colaboradores (4), se utilizó una cohorte al nacimiento en Dinamarca para realizar una investigación de casos y controles con el objetivo de conocer cuál población –si la psiquiátrica vs la que nunca fue tratada por este motivo dentro de una institución psiquiátrica- era más susceptible de cometer actos de violencia. Fue mediante un análisis de regresión logística que se emprendió la confrontación de las variables entre las que se consideraron factores demográficos como edad, sexo, estado civil, nivel socioeconómico y otros diagnósticos asociados y que pudieran ser factores de confusión, tales como abuso de sustancias y trastornos de personalidad. Sus resultados fueron significativos al asociar el índice de violencia entre pacientes psiquiátricos independiente de los factores de confusión demográfica y con efectos potenciadores en el caso de abuso comórbido de sustancias y trastornos de personalidad.

Otras revisiones epidemiológicas han reconocido un alto riesgo relativo en subpoblaciones psiquiátricas específicas –como los pacientes con esquizofrenia y trastornos relacionados- alcanzando en algunos un cifra de 3.8 a 4 veces mayor (29). Invocando el principio de "racionalidad dentro de la irracionalidad", Link y Stueve promovieron las razones por las que el paciente psicótico se siente amenazado y responde agresivamente, otro investigador, el Dr. Swanson fue capaz de replicar estos hallazgos y de identificar el Sx. De descontrol que se presenta como una conducta de asalto, con alucinaciones y otras manifestaciones psicóticas en respuesta a eventos no siempre claros en su origen. (23)

Cuando se asocia el abuso de sustancias, el riesgo relativo se incrementa de manera notable y según varios autores esto sucede de forma más elevada entre el sexo femenino que en el masculino (19,29). Múltiples son los estudios que han abordado la problemática del abuso de sustancias entre pacientes psiquiátricos, la

mayoría han concluido que no existe una relación simple entre abuso de sustancias y crimen, son los factores situacionales y personales los que afectan para que el individuo cometa el delito (28). Son los casos de esquizofrenia y trastorno disocial de la personalidad, los que han mostrado un efecto sinérgico con el abuso de sustancias y alcohol cuando se trata de cometer delitos. (34,29)

Un capítulo aparte lo significan los trastornos de personalidad. En el caso del cohorte que se realizó en Dinamarca por Hodgins et. al, se encontró un riesgo relativo de 7.2 para hombres y 12.1 para mujeres que fueron denunciados por actos criminales. Aunque se reconocen limitaciones en este estudio, sirve para ampliar la visión en el caso de estos diagnósticos, ya que en el caso particular del trastorno disocial, hay que considerar el "efecto halo": es decir, que muchas veces es el acto delictivo y no el diagnóstico psiquiátrico previo el que nos lleva a identificar los pacientes de este rubro.(19)

Según otro estudio que se enfocó directamente sobre actos delictivos entre pacientes con trastornos de personalidad, se identificaron mayores índices de ofensas sexuales, delitos de incendio, robo, fraude y delitos asociados con consumo de alcohol. Acerca de la comorbilidad, se identificaron con mayor frecuencia los trastornos psicóticos inespecíficos, el abuso de alcohol o alcoholismo, los trastornos de ansiedad/pánico, epilepsia o síndromes cerebrales orgánicos. También existieron diferencias de género en los trastornos de personalidad, ya que en mujeres se asoció más los trastornos afectivos comórbidos, y en los hombres, el síndrome orgánico cerebral. También en este mismo estudio, se encontró que la mayoría de pacientes femeninos eran del cluster B: 73% de trastornos borderline. Dado que se clasificó el ingreso a servicios de seguridad según la gravedad de los delitos, el 60% de los pacientes que lo hicieron a áreas de alta seguridad tuvieron el diagnóstico de Trastorno disocial de personalidad, Vs el 32% de los admitidos a seguridad media.

Respecto a la comorbilidad de los Ejes I y II encontrados en este estudio, se asoció el T. Disocial con abuso de sustancias y SOC (síndrome orgánico cerebral). En T. Borderline, con depresión, manía/hipomanía, abuso de sustancias y epilepsia. En T. Paranoide, con dependencia a drogas o abuso y episodios psicóticos breves. En T. Dependientes, con episodios depresivos y trastornos de ansiedad/pánico. (8)

Respecto a la asociación del eje II y los delitos más frecuentes, se incluyó: para T. Disocial, los robos y fraudes. Para el T. Borderline, los delitos de incendio y autolesiones. Para el T. narcisista, el homicidio, para el T. Paranoide, la violencia severa (no precisamente homicidio), para el T. Esquizoide, ofensas sexuales y violencia intensa.(8)

No obstante, habrá que considerarse las limitaciones de este estudio realizado en forma descriptiva y basado en registros oficiales, sin aplicación de entrevistas estructuradas, por lo que pudo subestimarse el número real de categorías de cada individuo.

John Milton y colaboradores, en el 2001, dirigieron un estudio de cohorte para examinar los actos violentos en un primer evento psicótico. Para esto se seleccionó una muestra de 168 pacientes consecutivos [edades 16-64 años] con un proceso psicótico en un primer contacto con servicios psiquiátricos en el Reino Unido, en el lapso de junio 1992- mayo 1994, el criterio de inclusión fue cumplir los criterios de la escala evaluatoria para psicosis. Sus objetivos fueron estimar la frecuencia y severidad

de la agresión sobre otros durante periodos temporales específicos, e indagar las características del episodio de inicio asociado a sujetos que mostraron agresión en comparación con sujetos no agresivos y para confirmar la asociación clínica y demográfica reportada previamente con violencia en individuos psicóticos.

Se les valoró entre junio-95 y mayo-97. El diagnóstico se realizó a través de la aplicación de la Escala de evaluación clínica Neuropsiquiátrica (SCAN), y con los datos colectados se realizó el diagnóstico consensual utilizando el ICD 10. El diagnóstico de personalidad se realizó utilizando la Escala de Evaluación de personalidad (PAS) y el consenso clínico del diagnóstico del eje II por ICD 10.

Las conductas agresivas (violencia autorreportada, arrestos previos, sentencias) fueron consignados en los registros hospitalarios, se contó además con los registros oficiales criminales. Estas conductas se clasificaron según su severidad utilizando el Instrumento de Violencia Comunitario de MacArthur, y en la temporalidad según se hayan realizado en 3 periodos específicos de la vida (del nacimiento-inicio de la enfermedad (A); de éste al primer contacto psiquiátrico (B) y de este último a la evaluación 3 años después (C). Se consideró otra variable, la aplicación del MINI (Índice de Necesidades de Enfermedad Mental). Se analizaron los datos a través de un análisis de regresión logística para identificar las características clínicas y demográficas asociadas a la agresión. Las 11 variables independientes fueron la edad, género, empleo, historia de detenciones por agresión, calificación del MINI, diagnóstico al primer contacto, abuso comórbido de sustancias, calificación global de síntomas, incluyendo los psicóticos y conductuales y de Sx. De descontrol. Respecto a los resultados, se encontró que la mayor parte de los actos violentos se realizaron en el periodo C tanto en número de sujetos como en número de episodios violentos, independientemente del grado de severidad. Por otra parte, fueron los cuidadores familiares el principal blanco de la agresión (40%). No se establecieron asociaciones significativas estadísticas en el caso de trastornos de personalidad. Los resultados tuvieron varias limitaciones: en primer lugar, un obstáculo para las conclusiones acerca de la prevalencia, fue la ausencia de un grupo de comparación de pacientes no psicóticos, además la dificultad para obtener datos confiables sobre los actos violentos pudieron subestimar los resultados al respecto. Respecto al diagnóstico, fueron los pacientes esquizofrénicos quienes mostraron un índice mayor de agresividad (18.5%) previo al contacto, similar a otros estudios del Reino Unido (21%), pero en rango menor a otros estudios internacionales (31%). Excluyendo el abuso de sustancias, los grupos diagnósticos aislados no confirieron ningún riesgo especial de agresión, independientemente del tipo de agresión, esto contrasta con otros estudios que reportan un alto riesgo en casos de esquizofrenia con homicidio y arrestos por otras agresiones (Eronen et al 1996- Tiihonen et al 1997). Lo que concluyeron fue que la comorbilidad diagnóstica de abuso de sustancias, pero no la psicosis relacionada a drogas, al inicio tuvieron un efecto independiente en el riesgo de los sujetos que exhibieron agresión durante un episodio psicótico. Estos individuos tuvieron nueve veces mas riesgo de mostrar conductas agresivas luego de contactar el servicio psiquiátrico. (27)

Un estudio trascendente lo es el de Wessely, en el que se abordó el tema de la epidemiología del crimen y la esquizofrenia. Fue de tipo comparativo y longitudinal de dos grupos idénticos en sus características demográficas, pero uno de ellos con

individuos sanos y el otro con pacientes con esquizofrenia, llegándose a relacionar las detenciones por conductas serias de asalto dos veces más en el grupo de pacientes psiquiátricos, coincidiendo los hallazgos con Lindqvist. En cambio, al comparar grupos de mujeres, el riesgo absoluto de ofensas permaneció muy bajo. En este estudio también se analizan algunos factores predictivos de criminalidad basados en el análisis demográfico, los cuales incluyeron ser varón, desempleado, comorbilidad de abuso de sustancias y/o alcohol, baja clase social, estar soltero, pobre ajuste laboral y edad temprana de inicio. Hacen además una interesante propuesta, explicada en que si se calcula el riesgo atribuible en estudios basados en poblaciones abiertas, se llegará a la conclusión que aunque el gobierno en cuestión controlara a todos los pacientes con esquizofrenia, esto causaría una reducción de sólo el 3% de la criminalidad total, lo que contradice a la corriente que descarga una mayor responsabilidad sobre la población psiquiátrica en la estadística de la violencia poblacional. (44)

Taylor y cols, en un estudio clínico publicado en el 2001, realizaron un estudio descriptivo de una muestra de pacientes residentes en un hospital de alta seguridad, comprendido entre enero-93 a junio-93. La población de este periodo fue de 1740, cada registro incluyeron reportes de evaluación preingreso provistos por psiquiatras y otros clínicos. El 90% de los pacientes fue residente hospitalario por más de 12 meses. Los datos recolectados fueron el estatus legal, datos sociodemográficos, psiquiátricos y otros datos médicos y criminológicos. El diagnóstico en cada caso se realizó según las guías ICD 10. En los casos en que los registros no fueron suficientes para elaborar diagnóstico se buscó contactar los pacientes para clarificación, aún así, hubieron 14 casos en los que no fue posible realizar diagnóstico. El análisis de esta población determinó que el diagnóstico más común fue la esquizofrenia como diagnóstico único (74%) siendo la de tipo paranoide la más común, le siguió en un tercio de los casos, la esquizofrenia en combinación con otros diagnósticos principalmente trastornos de personalidad. Los trastornos de personalidad se contemplaron en forma global, en el 4% fueron diagnósticos únicos, seguidos del 12% en combinación con otros diagnósticos (aunque no lo clarifican), 11% con esquizofrenia y 2% con abuso de sustancias y alcohol. Llamó la atención que el 93% de los casos ya había tenido contacto psiquiátrico previamente.

Se encontraron diferencias significativas en la naturaleza de los delitos según el diagnóstico psiquiátrico, asociándose la violencia contra otros incluyendo el homicidio con el 76% de los ingresos, especialmente en el grupo de psicosis puras, de ofensas sexuales en casos de psicosis en combinación con trastornos de personalidad y con estos últimos aislados; incendios y daños en propiedad con trastornos de personalidad aislados. Respecto a la presencia de sintomatología psicótica, la proporción de personas que cometieron actos violentos incluyendo homicidios fue significativamente mayor entre aquellos con alucinaciones.

Limitaciones respecto a las conclusiones que pueden hacerse sobre el abuso comórbido de sustancias incluye el hecho de subestimar los resultados ante la distorsión de las declaraciones al respecto de que pueden empeorar los pronósticos legales y vuelven poco confiables los registros hospitalarios y criminales.(41)

Lindqvist y colaboradores, en un artículo publicado en 1989, se plantearon caracterizar las ofensas violentas cometidas por pacientes con esquizofrenia, para dilucidar la prevalencia de abuso de alcohol o drogas que acompaña estos actos violentos y para

estudiar los factores sociales que pueden precipitar estos actos en los pacientes. Se eligió una población basada en una cohorte de 644 individuos hospitalizados con esquizofrenia en el año de 1971, siendo 38 pacientes los elegidos por haber cometido uno o más actos violentos durante el periodo de estudio de 14 años (1972-1986). De estos, cuatro casos fueron mujeres, siendo su edad promedio de 39 años al momento de cometer el delito, el resto fueron hombres en quienes la edad promedio fue de 41 años. Según los registros, 45% de los casos no tuvieron problemas comórbidos de alcohol o drogas al momento de la ofensa. En los casos que sí estuvieron presentes, fue mayor para los grupos de 20-29 años cuando el consumo fue de drogas, y de 50-59 años cuando el abuso fue de alcohol.

El abuso de drogas y/o alcohol se presentó en 69% de las conductas de asalto y en 80% de aquellas precipitadas en ambientes familiares. Ocho de los 38 sujetos fueron responsables de 41% de los actos violentos, de estos, dos tuvieron el diagnóstico de abuso de sustancias con actividad delirante; 3 con trastornos esquizoafectivos y abuso de sustancias y 3 más sólo con intoxicación etílica.

A las conclusiones que llegan estos autores es que aquí también el grupo de los pacientes esquizofrénicos al conjugarse con abuso de alcohol y/o drogas cometieron la mayor proporción de actos violentos (37% con abuso y en el 18% con sospecha). Se observó que un 26% de los pacientes esquizofrénicos correspondieron al tipo paranoide aunque aclara sus limitaciones por la dificultad diagnóstica que enfrentaron al catalogar los subtipos de esquizofrenia. Por último concluyen comentando sus limitaciones debido a la falta de registro criminales confiables.(22)

En el artículo publicado en el 2002, la Dra. Walsh y colaboradores realizan una revisión de los estudios que relacionan Esquizofrenia y violencia con el objetivo de examinar críticamente la evidencia epidemiológica de esta asociación y estimar su impacto social. Tres diferentes aproximaciones se han utilizado en este estudio: Actos violentos entre pacientes con esquizofrenia; esquizofrenia en individuos que han cometido actos violentos; violencia en aquellos con o sin esquizofrenia (estudios en comunidad)

En el primer grupo sobresalen los estudios de tipo transversales y de cohorte. Los primeros de ellos, según esta revisión opina que sobrestima los índices, encontrando resultados similares (alrededor de 20% de los casos) entre los pacientes esquizofrénicos que han cometido actos violentos antes de ser hospitalizados (Humphreys y Volavka, 1998). Por otro lado, al comparar la asociación tras el egreso hospitalario, el estudio de Appelbaum (2000) estimó tras un seguimiento de 10 semanas -1 año luego del egreso, índices menores de actos violentos entre pacientes esquizofrénicos al compararlos con trastornos afectivos, otros trastornos psicóticos y especialmente trastornos de personalidad y de abuso de sustancias. (2)

En otro estudio, dirigido por el Dr. SOYKA, se encontró luego de comparar grupos de pacientes -de un hospital regional psiquiátrico- con varios trastornos psicóticos entre sí y en su comorbilidad con abuso de sustancias, que el grupo de pacientes con un primer brote psicótico tuvieron una prevalencia para abuso de sustancias al momento de su ingreso hospitalario de 20-30%. Por otra parte, al valorar la asociación con esquizofrenia se encontró un riesgo 4 veces mayor de abuso de sustancias en este grupo y de 6 veces más en la manía (37). Dado que en este artículo se realizó además una revisión de las características demográficas del paciente

esquizofrénico violento, se comenta que los factores de predictividad de violencia entre estos individuos son: el sexo masculino, ser jóvenes, la incidencia positiva de indigencia y otros relacionados propiamente al estado clínico, concluyen que es en parte debido a esto que el género masculino tiene mayor impacto sobre la estadística global de violencia en la población psiquiátrica. (37).

Por otra parte, tocando el tema de las diferencias de género, un estudio de Rice Marnie y cols, el cual realizó un estudio prospectivo de dos poblaciones psiquiátricas igualadas en características clínicas (utilizando sólo pacientes con trastornos afectivos y psicosis crónicas) con una muestra total de 85 pacientes de cada género, comparándose en su frecuencia de detenciones por cometer actos violentos. Se determinó una inclinación del riesgo para conductas violentas a favor del sexo masculino en ambas categorías diagnósticas. (35)

Respecto al acercamiento a través de estudios de cohorte retrospectivos, 3 estudios utilizando metodologías distintas han llegado a resultados similares: En el primero de ellos 644 pacientes fueron seguidos por 15 años en registros policiales, encontrándose que cometieron 4 veces más crímenes que la población general (21). El segundo estudio comparó las detenciones entre 538 casos de paciente con esquizofrenia en control psiquiátrico marcados por edad y género (44). Los hombres con esquizofrenia fueron dos veces más detenidos que los otros hombres con diagnósticos psiquiátricos distintos. Las mujeres con esquizofrenia también fueron significativamente más arrestadas que las controles. En el tercer estudio, Mullen y colaboradores en el año 2000 en Australia, estudiaron dos grupos de pacientes con esquizofrenia, admitidos de primera vez en 1975 o 1985. Los comparó con los controles poblacionales encontrándolos con mayor índice de arrestos en todas las categorías criminales excepto en ofensas sexuales.

Estudios de Cohorte al nacimiento

Hodgins en 1992, en un cohorte suizo no selectivo a 30 años encontró que comparando los hombres y las mujeres con trastorno psiquiátrico con aquellos que no lo desarrollaron, una diferencia de 4 y 27.5 veces el incremento de riesgo para actos violentos respectivamente. En este estudio no separó los casos de esquizofrenia; en un estudio posterior usando la misma metodología reveló resultados similares (19).

Por otra parte, el primer estudio de cohorte que demostró un riesgo cuantitativo de conducta violenta para categorías de psicosis específicas seguido de un cohorte al nacimiento no selectivo de 12058 individuos a 26 años fue el de Tiihonen y colaboradores en 1997, en donde el riesgo entre hombres con esquizofrenia se incrementó 7 veces más que los controles sin trastornos psiquiátrico. Brennan y cols en el 2000 (4), localizó todos los arrestos por violencia y hospitalizaciones para trastornos mentales en un cohorte al nacimiento a 44 años. La esquizofrenia fue el único trastorno mental mayor asociado con alto riesgo de crímenes tanto en hombres y mujeres, ajustando los factores de estado socioeconómico, estado marital y abuso de sustancias.

Estudios de prevalencia en la comunidad

Probablemente el estudio más importante en la literatura sobre violencia es el de Swanson y cols en 1990 (37), utilizando una muestra de 10059 adultos residentes en un área de captación epidemiológica. Los autores examinaron la relación entre violencia y trastornos psiquiátricos. Ocho por ciento de aquellos con esquizofrenia

(solamente) fueron violentos, comparados con el 2% de quienes no tuvieron enfermedad mental asociada, aunque la comorbilidad abuso de sustancias incrementó la cifra a 30% en los primeros.

Limitaciones Metodológicas de los estudios de violencia

Respecto a la definición y mediciones de exposición, ya que los diagnósticos varían según provengan de notas clínica, registros oficiales psiquiátricos, entrevistas clínicas o entrevistas estructuradas, sin contar la intervención del factor personal de juicio clínico.

Por otro lado, el cómo la violencia es definida varía enormemente y reporta diferencias dependiendo de los niveles considerados. Este punto exige el desarrollo de instrumentos estandarizados y validados aceptables para aplicarse a estudios longitudinales. (43)

En un estudio descriptivo encabezado por Wallace y cols., se abordó el objetivo de investigar si realmente la población psiquiátrica es más violenta respecto a la comunidad general y en qué forma lo es. Para esto se consideraron dos bases de datos: los registros de sentencias criminales de Victoria y los registros estatales de casos psiquiátricos. De la primera base se tomaron todos los casos declarados culpables por la Suprema Corte de Justicia, en el lapso 1993-95 con un total de 4156 individuos (3838 hombres) que cometieron un total de 16 528 delitos. Estos se clasificaron en: homicidio, violencia interpersonal, ofensas sexuales, ofensas a propiedad, incendios, ofensas asociadas a drogas, delitos de tráfico (accidentes automovilísticos) y fraude y otros delitos comunes. Se registró sólo una de las ofensas cometidas por el individuo para cada categoría.

La base de datos psiquiátricos, es una de las mayores del mundo para fines de investigación, y en esta se encontró que en al menos 1.2% de hombres con esquizofrenia se codificó el abuso comórbido de otras sustancias psicoactivas y en 7.6% de mujeres con trastornos afectivos.

La metodología consistió en que una vez reunidos los datos de ambas bases, se eligió una muestra aleatorizada de 100 individuos que aparecieran en ambas bases. Se relacionó la frecuencia y el momento de contacto del sujeto en ambas instancias (la judicial y la de salud mental); su representación fue expresada en términos de odds ratio, la cual fue evaluada para significancia utilizando una prueba de chi cuadrada modificada. Donde esta prueba fue inapropiada, debido al pequeño número, la significancia fue determinada calculando un 95, 99 y 99.9% de límites de confiabilidad. Los resultados arrojaron que de los 4156 individuos que aparecieron en los registros criminales, un 25.1% (1044) también aparecieron en los registros psiquiátricos. Los hombres encontrados culpables con mayor frecuencia, habían tenido tratamiento previo para esquizofrenia, psicosis afectivas, otros trastornos afectivos, trastornos de personalidad y abuso de sustancias. El patrón en mujeres fue similar y a pesar de su número menor, fue más marcado.

Respecto a violencia interpersonal, de los 2153 casos, un 29.9% tuvieron registro psiquiátrico, con asociación mayor a esquizofrenia, t. de personalidad, abusos de sustancias y psicosis afectivas. En los 168 casos de homicidio, un 36.9% tuvieron registro psiquiátrico; el número de mujeres convictas por homicidio fue sólo de 16, pero a pesar del pequeño número, hubo una asociación significativa con un tratamiento previo para esquizofrenia (OR 10.6, 95% CI 1.4-80.4). Para ofensas a propiedad, de los

1253 casos, un 24% apareció con registro psiquiátrico, siendo la esquizofrenia, t. De personalidad y abusos de sustancias los más asociados. En el caso de ofensas sexuales, un 28.8% tuvieron registro (de 890 casos), siendo los trastornos de personalidad el grupo con mayor asociación al delito.

Respecto a la edad y género, fueron los hombres entre 20-29 años, los de mayor índice de delitos (OR 1.6, 95% CI 1.5-1.7)

Dentro de las limitaciones del presente estudio se considera que estudia un fracción pequeña comparada con el registro criminal total. Por otro lado, el registro psiquiátrico incluye sólo el 0.7% de la población adulta que recibió manejo para esquizofrenia en el lapso de 1985-95. Es decir, aunque la variabilidad de la esquizofrenia permite que sus resultados sean generalizables, no sucede lo mismo con los otros diagnósticos psiquiátricos cuyo espectro varía según las condiciones comunitarias.

Un cuarto de todos los convictos por cualquier ofensa en las cortes, y cerca de un tercio de los hombres convictos por delitos violentos, tuvieron un contacto previo con servicio de salud mental. Esto sugiere que los pacientes psiquiátricos tienen una mayor contribución a la violencia en la comunidad. Sin embargo, en la mayoría de los casos el contacto fue breve, lo que sugiere un punto poco atendido al evaluar los riesgos de ciertos diagnósticos. Por otro lado, la muestra aleatorizada de 100 individuos arrojó el dato de 86% de individuos convictos que tuvieron un contacto psiquiátrico previo al arresto, reforzando el mensaje de precaución en el ejercicio de la psiquiatría.(42)

Justificación

Comenzaremos reproduciendo textualmente uno de los pasajes contenidos en la historia de la locura en la época clásica de Michel Foucault.

"Se puede creer que en ciertas ciudades importantes, los locos eran llevados en numero considerable por marineros y mercaderes y que ahí se "perdían", librando así de su presencia a la ciudad de donde venían. La preocupación de la curación y de la exclusión se juntaban: Se encerraban dentro del espacio cerrado del milagro...es puesto en el interior del exterior e inversamente. Posición altamente simbólica, que seguirá siendo suya hasta nuestros días con solo que admitamos que la fortaleza de antaño se ha convertido en el castillo de nuestra conciencia".

Stultifera Navis (14)

Es así que tenemos escritos sobre el destino de los sin razón para librar a la sociedad de sus efectos transgresores, pudiendo recorrer en un recuento histórico con la evolución de las estrategias correctoras como se dio durante la época en que se abrió el hospital general de París en 1656, fecha que puede servirnos de guía. El internamiento en esta clase de hospitales no cumplía como esfuerzo, la hospitalización de la locura, bajo sus diversos aspectos mórbidos. Constituían antes bien una homologación de alienados a todas las demás correccionales. Estaban destinados a corregir y se le fijaba un término, no el de la curación sino antes bien el de un sabio arrepentimiento. El tiempo que interrumpe y limita el internamiento nunca es más que el

del tiempo moral de las conversiones y de la sabiduría, el tiempo para que el castigo surta efecto. (14)

Todo lo anterior queda enmarcado en el ayer, el hoy nos presenta otras posibilidades de tratamiento, con seguridad menos eficaces que las de mañana en materia de agresión y violencia. Hoy día el psiquiatra tiene que cumplir con la obligación básica de dar atención a los pacientes que requieren su cuidado, incluso debe decidir sobre aquellos que lo rechazan o no pueden dar su consentimiento, pero también debe estar preocupado de que el paciente bajo su cuidado sea un posible infractor de daños, lo cual con frecuencia es visto tanto por el experto como por el lego, como una función de su enfermedad y aún ahí tiene que actuar según los intereses médicos del paciente, pero sin dejar de lado el interés supremo de la comunidad, de terceros o de posibles víctimas(26).

Esta actividad legal que empieza a formar parte importante de las funciones del psiquiatra desde hace unas décadas, actualmente se ha generalizado y cualquier profesional de la medicina en México, tiene la obligación legal de reportar víctimas y probables casos de violencia, según consta en la ley general de salud (32) y recientemente reportar las víctimas de violencia familiar (30). El psiquiatra como explicador, evitador, pronosticador, terapeuta y rehabilitador del enfermo mental, esta inmerso en un conflicto cuando se trata de evaluar el riesgo de violencia. En lo que coinciden los expertos y rescata el Dr. De la Fuente, es que aún cuando no hay otra ciencia que este mejor equipada que la psiquiatría para predecir la peligrosidad de los enfermos mentales y de los delincuentes, sus recursos distan mucho de ser satisfactorios. Se entiende así por peligrosidad la capacidad para causar daño a otros. La única evidencia de que el dato más importante para juzgar la peligrosidad de un sujeto es su conducta en el pasado. Si bien un examen psiquiátrico cuidadoso debe permitir con certeza razonable, si alguien que sufre un trastorno mental es peligroso.

En este orden de ideas, deberemos ser cautos cuando estamos frente a un paciente con antecedentes de violencia para determinarse el riesgo futuro. Deberemos tomar decisiones relacionados con la necesidad de hospitalizarlo, el momento oportuno de su egreso y si es conveniente avisar a una victima potencial o a otra institución encargada de velar por la paz en esa sociedad. Al respecto existen factores predictivos que los investigadores han declarado como útiles en la producción de delitos a terceros (33,35).

Investigar para mejorar el reconocimiento de las variables que pronostican el riesgo de actos delictivos entre los pacientes psiquiátricos incluyen los esfuerzos para conocer el perfil demográfico en el que se desarrollan estos individuos, la influencia social y médica que recae sobre el paciente.

Monahan, en 1984, consideró que los mejores predictores de violencia entre pacientes psiquiátricos eran los mismos factores demográficos que predecían la violencia en el resto de la población y los peores eran los factores psicológicos tales como el diagnóstico clínico y los rasgos de personalidad, lo que a la fecha resulta contradictorio, no así en lo respectivo a los factores demográficos. Estos, son considerados factores estáticos, que por un lado mejoran la consistencia de la evaluación, siempre y cuando se tomen en cuenta las variaciones individuales, a fin de priorizar las variables clínicamente relevantes y maximizar el juicio profesional. No hay

que olvidar que la predicción de la violencia nunca puede ser totalmente exacta, ya que la violencia en sí es un complejo concepto.(11)

Es así, que con la intención de un acercamiento estructurado y sistemático de la violencia en el área de la enfermedad mental, realizamos este estudio para tratar de conocer la estadística propia de un centro psiquiátrico de concentración como lo es el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, donde se reúnen pacientes alterados de sus funciones mentales y que se seleccionaron por sus características de haber cometido un acto antilegal. Los objetivos aclaran la necesidad de conocer nuestra población psiquiátrica e identificar qué grupos y cómo transgreden la ley cuando sufren un trastorno mental.

La utilidad traducida a programas educativos y de rehabilitación, el establecimiento de flujos de actividades sociales –apoyo a familiares, colaboración en la aplicación de jurisprudencia- la innovación administrativa en colaboración a los sistemas judiciales y la formación de estructuras contenedoras de enfermos transgresores, son algunas de las que podrán obtenerse cuando conozcamos directamente, y no solo a través de estudios extranjeros, cómo se desenvuelven en nuestra sociedad los pacientes psiquiátricos infractores.

Definición del Problema

El Dr. Jeffrey Swanson ha propuesto que no son los síntomas psiquiátricos per se los que disparan una conducta violenta, sino que son éstos los que afectan las relaciones sociales dañando la posibilidad de resolver conflictos de manera independiente y alterando la dinámica de un contexto ya de por sí potencialmente agresivo (37). Por otra parte son varios los autores que enfocan su interés en ambientes familiares y hospitalarios como nidos de actos violentos en pacientes psiquiátricos. Tenemos así una población psiquiátrica que se enriquece con individuos que cometen delitos y que llegan a nuestra Institución para solicitar de manera inducida un apoyo psiquiátrico en sus variadas facetas, todos ellos provenientes de medios familiares diversos, con diferencias demográficas y cargas delictivas diferentes. Para conocer cómo son estos individuos, que características demográficas tienen, qué patologías psiquiátricas padecen, qué actos antilegales cometieron y cómo es que influyen estas variables entre sí en comparación de aquellos otros pacientes que no han cometido delitos, es que nos planteamos elaborar los objetivos del estudio.

Objetivos

General

Describir qué tipo de delitos cometen los pacientes psiquiátricos atendidos de primera vez en el HPFBA.

Específicos

a).- Describir qué tipo de delitos cometen con más frecuencia los pacientes con Esquizofrenia, trastornos psicóticos orgánicos, trastornos afectivos y las otras psicosis (primer evento).

b).- Identificar cuál es el grupo diagnóstico con mayor incidencia delictiva.

c).- Describir qué delitos cometen los hombres y las mujeres enfermos.

Población a estudiar

El Universo de trabajo lo constituirá todos los pacientes vistos de primera vez en el servicio de Urgencias durante el lapso 01/01/01 al 31/12/01. De todos ellos, se clasificarán dos grupos, el primero de los cuales serán todos aquellos que cumplan los criterios de inclusión, exceptuando el de haber cometido cualquier delito, el segundo grupo lo constituirá todos los pacientes que cumplan todos los criterios de inclusión mencionados a continuación:

Criterios de inclusión

Hombres o Mujeres entre 18 y 59 años.

Que hayan sido registrados de primera vez a través del servicio de Urgencias del HPFBA en el lapso 01.01.01 al 31.12.01.

Tengan establecido al menos un diagnóstico psiquiátrico en el Eje I según la clasificación Internacional de enfermedades (ICD 10) y conste en registro oficial del expediente clínico.

Con o sin comorbilidad psiquiátrica en los ejes I y II.

Hayan sido referidos por una instancia Judicial a través de comunicación escrita, por haber sido reconocidos en cometer un delito o acto antilegal.

Criterios de Eliminación

Datos insuficientes del expediente clínico.

Material y Métodos

Diseño del estudio

Propósito: Comparativo

Agente: Procedimiento

Asignación de maniobra: Observacional

Seguimiento: Transversal

Recolección de datos: Retrolectivo

Hipótesis

“Son los delitos contra la salud, el motivo legal más frecuente por el cual los pacientes son atendidos a través de solicitud judicial en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez”

Procedimiento

Se inició, revisando los registros hospitalarios de urgencias, admisión y enfermería (en el servicio de Observación y UMQAIP), comprendidos del lapso de 01/01/01 al 31/12/01, para identificar todos los pacientes remitidos por primera vez a la institución y que tuvieran anexado una orden de valoración psiquiátrica por una instancia judicial luego de haber cometido un delito. Se localizaron los expedientes clínicos en el área de archivo, iniciándose con la recolección de los datos a través de la hoja de registro. Una vez concluida la identificación de todos los casos que se presentaron en ese año y que cumplían los criterios de inclusión, se eligió aleatoriamente un mismo número de casos de primera vez que acudieron en el mismo lapso de tiempo y que no habían sido enviados por ninguna instancia judicial. Se identificaron sus expedientes clínicos y se recolectaron los datos en la misma hoja de registro que para el grupo anterior.

Definición de variables

Variables Categóricas

Independientes: Diagnóstico Psiquiátrico

Eje I Esquizofrenia (todos los subtipos)
 Psicosis orgánicas (asociadas a TCE, neuroinfecciones, epilepsia, por consumo de sustancias psicoactivas)
 Trastornos afectivos (depresión, T. Bipolar)
 Otras psicosis (reactiva, primer evento)

Eje II Trastornos de personalidad
 Retraso mental

 Factores demográficos

 Edad (18-59 años)
 Sexo (femenino/masculino)
 Estado civil (soltero, casado, divorciado, unión libre, viudo)
 Descendencia (Tiene hijos o no)
 Empleo (sí/no)

Residencia (propia, rentada, otra)
Tipo de familia (extensa, nuclear, adoptiva)
Servicio médico (Seguridad social, privada, SSA)
Escolaridad (en años de estudio)

Antecedentes

T. Mentales en familiares consanguíneos (si/no)
Diagnóstico psiquiátrico previo (si/no)

Dependientes: Categorías de delito

Delitos contra la salud
Delitos sexuales
Delitos contra el patrimonio
Delitos contra la vida e integridad corporal

La información de estas variables se recolectará en una hoja de registro especialmente elaborada para el fin.

Resultados

Muestra

El total de pacientes que fueron recibidos por primera vez en el área de urgencias entre enero-diciembre del 2001 y a quienes se les realizó documento (preconsulta) de envío a Consulta externa fueron 2,160. De estos, a 1,814 se les llegó a abrir expediente y a realizar diagnóstico. Dentro de este grupo, fueron 196 los casos de pacientes que tuvieron referencia por motivos legales y de estos, 88 fue la muestra final que contó con un expediente y los datos necesarios para incluirlos en el estudio. El resto de pacientes por no haber acudido a las valoraciones subsecuentes carecieron de un registro médico y su correspondiente ficha hospitalaria. Este resultado obtenido no resultó significativamente estadístico ya que por las características del Hospital, en la que se reciben pacientes que no operaron en delitos graves, debido a que estos son canalizados a instituciones judiciales directamente, y ya que la forma de envío es a través de un formato por escrito, muchos de ellos se limitan a cumplir el requisito de presentarse sin continuar su seguimiento por lo que la Institución se ve limitada en elaborar un diagnóstico (cuadro 1).

Características demográficas

Los datos recabados de los registros médicos mostraron que de la muestra de los 88 pacientes vistos por primera vez en la institución con solicitud judicial, era más numeroso el grupo de hombres que el de mujeres; mientras que al compararlos con el

grupo que no cometieron delitos y cuya muestra fue aleatorizada, se encontraron relaciones proporcionales entre el sexo femenino y el masculino.

Al investigar las diferencias respecto a la distribución etárea entre los grupos que cometieron delitos vs aquellos que no, se encontró que la edad osciló entre los 34 y 31 años respectivamente, sin considerarse significativa.

Respecto a su estado civil al comparar ambos grupos se encontró que aquellos que tenían pareja fueron más frecuentes que quienes no cumplían esta característica en el grupo de los pacientes que cometieron delitos, y que resultaron significativas estas diferencias al compararlos con el grupo de pacientes que no cometieron delitos.

Al comparar los grupos en su descendencia, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, ya que la cantidad de pacientes en el grupo que cometieron delitos que tenían descendencia no tuvo diferencias que impactaran de forma indicativa.

En otra de las variables, el empleo, tampoco se encontró diferencias significativas: puesto que casi en la misma cantidad los pacientes del grupo que habían cometido delitos tenían empleo al momento de ser referidos al Hospital, en comparación con aquellos pacientes que no cometieron delitos.

El tipo de vivienda en la que habitaban los pacientes del grupo que cometieron delitos fue mayoritariamente rentada, de manera similar al grupo que no cometieron delitos, por lo que las diferencias no resultaron estadísticamente significativas.

El tipo de familia más frecuente fué la extensa en ambos de grupos de pacientes estudiados, con resultados muy similares en el tipo de familias nucleares y en los tipos de familias adoptivas, por lo que los resultados no resultaron estadísticamente significativos. Cuadro 2.

Antecedentes clínicos

Respecto a los servicios médicos a los que los pacientes eran receptores al momento de llegar a la institución, se encontró que el más frecuente fue la atención proporcionada por el sistema de salubridad, y con menor proporción en los sistemas de seguridad tales como el IMSS o ISSSTE, siendo la atención privada la menor de todas, sin existir en ninguna de las categorías diferencias estadísticamente significativas.

Acerca de la variable del antecedente de trastornos mentales en la familia del paciente, se encontró que en ambos grupos de estudio, la característica de no tener este antecedente fue mayoritaria, mientras que haberlo tenido resultó menos frecuente, por lo que los resultados no resultaron estadísticamente significativos.

Otra de las variables consideradas en este capítulo, fue el que hubiesen tenido o no un diagnóstico establecido con anterioridad a su primer contacto al Hospital, encontrándose que en ambos grupos de estudio fue más frecuente no haber tenido con anterioridad un diagnóstico psiquiátrico establecido, siendo la minoría aquellos que lo tenían al momento de su contacto en los grupos que cometieron delitos como aquellos que no. Cuadro 3.

Cuadros Diagnósticos

Las categorías diagnósticas no estuvieron aisladas en todos los casos ya que algunas de ellas se combinaron. Los resultados obtenidos en el grupo de pacientes que cometió delitos, mostraron que los casos con la categoría diagnóstica de trastornos debido al abuso de sustancias (alcohol y/o drogas) fue el más frecuente, siguiéndole el de las psicosis orgánicas, los trastornos de personalidad y esquizofrenia (ambos en la misma proporción), los trastornos afectivos (depresión y trastorno bipolar) y finalmente la categoría de retraso mental (todos los cuales fueron de intensidad leve). Luego del análisis, se encontró que en forma global las diferencias entre los grupos estudiados, fue estadísticamente significativas, y en forma particular, las categorías de trastornos por abuso de sustancias y los de personalidad tuvieron diferencias significativas estadísticamente, siendo en el caso de los trastornos afectivos una diferencia en forma negativa para los casos de trastornos depresivos; respecto a la esquizofrenia, aunque sus cifras impactaron sobre el resultado global, al comparar los dos grupos, no se obtuvieron resultados estadísticamente significativos, debido a las características de la Institución, ya que se trata de un centro de concentración de tercer nivel. Finalmente las categorías diagnósticas que no demostraron una asociación significativa al delito: fueron las psicosis orgánicas, esquizofrenia y retraso mental. Cuadro 4.

Delitos

Dentro de las categorías de delitos, el más frecuente con un amplio margen fueron los delitos contra la salud, siguiéndole los delitos contra la propiedad, los delitos contra la vida y la integridad y finalmente delitos sexuales, para el cual la asociación fue en sentido negativo (Cuadro 5). Se encontró de la misma forma que en las categorías diagnósticas, combinación de delitos en algunos casos.

En cuanto a la relación de género y delito (cuadro 6), se encontró que los hombres cometieron el mayor número de actos antilegales en comparación con las mujeres en forma estadísticamente significativa; siendo los delitos contra la salud y los delitos contra la propiedad los más frecuentes en el sexo masculino y femenino aunque en proporciones muy distintas. Ningún caso de delitos sexuales fue identificado en el sexo femenino, y fue la categoría de los delitos contra la vida en la que sólo se detectó un caso en este sexo.

Diagnóstico en relación al Delito

Al relacionar el tipo de delito con la categoría diagnóstica asignada al paciente según los criterios del ICD-10, se encontró a la esquizofrenia asociada a tres delitos, con mayor frecuencia en delitos contra la propiedad, seguido por los delitos contra la salud, y un caso en delitos contra la vida. En la categoría de las psicosis orgánicas predominaron los delitos contra la salud, seguido por los delitos contra la propiedad y un caso de delito sexual. En los trastornos afectivos también predominaron los delitos contra la salud, seguido por los delitos contra la vida y contra la propiedad. Los trastornos por abuso de sustancias tuvieron el mayor índice de casos por delitos contra la salud, seguidos por delitos contra la propiedad y contra la vida y la integridad.

Los trastornos de personalidad fué la tercera categoría, después de los trastornos por abuso de sustancias y las psicosis orgánicas, que presentó más casos de delitos contra la salud, con menor incidencia en delitos contra la propiedad y contra la vida. El retraso mental (que en todos los casos fue de severidad superficial) fue la categoría que tuvo menos frecuencia en asociación a delitos, con sólo un caso de delito contra la propiedad. Finalmente, el análisis total en relación al diagnóstico y delitos, arrojó una diferencia estadísticamente significativa. Cuadro 7.

Por otra parte, la combinación de delitos fue un evento común especialmente en el grupo con sólo un delito asociado, menos frecuente en el grupo de dos delitos y con sólo dos casos en el grupo de 3 delitos asociados. Aún así, luego, del análisis estadístico, se encontró que la diferencia no resultó estadísticamente significativa respecto a las cifras globales de combinación de delitos entre uno, dos o tres simultáneos. Cuadro 8.

Presentación de la Información

CUADROS

Cuadro 1. Pacientes recibidos en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino-Enero a Diciembre 2001

	n	%
Total de Pacientes de Primera vez	2,160	100
Con apertura de Expediente	1,814	84
Enviados por motivos legales	196	9
Integración de diagnóstico en expediente	88	4

[chi2(1)=17.189,p=0.001]

Cuadro 2. Características sociodemográficas de los pacientes de los grupos estudiados

	Grupo con delito n(88)		grupo sin delito n(88)	
	n	%	n	%
Sexo*				
Femenino	15	17	44	50
Masculino	73	83	44	50
	x	DS	x	DS
EdadEdad**	34	11	31	9
Estado Civil***	n	%	n	%
Soltero	28	32	27	31
Casado	22	25	18	20
Divorciado	14	16	22	25
unión libre	23	26	13	15
Viudez	1	1	8	9
Descendencia				
No	35	40	45	52
Si	53	60	43	48
Empleo				
No	59	67	58	66
Si	29	33	30	34
Residencia				
Propia	3	4	5	6
Rentada	76	86	79	90
Otras	9	10	4	4
Tipo de familia				
Nuclear	24	27	23	27
Extensa	55	63	61	69
Adoptiva	9	10	4	4

* [chi2(1)=21.44,p=0.000]

**[t=1.85(174),p=0.06]

***[chi2(4)=10.41,p=0.03]

Cuadro 3. Antecedentes clínicos en los pacientes de los grupos estudiados

	Grupo con delitos n(88)		Grupo sin delito n(88)		
	n	%	n	%	
Servicios médicos					
Privado	2	2	2	2	
Salubridad	79	90	85	97	
Otros	7	8	1	1	
Trast. Mentales					
Ausente	48	55	57	65	
Presente	40	45	31	35	
Diagnóstico previo					
Ausente	66	75	65	74	
Presente	22	25	23	26	

Cuadro 4. Diagnósticos en los pacientes de los grupos estudiados n(176)

Diagnóstico	Grupo con delitos n(88)		Grupos sin delito n(88)		T	%
	n	%	n	%		
Esquizofrenia	13	15	19	22	32	18
Psicosis orgánica	21	24	18	20	39	22
T. afectivos*	11	12	39	44	50	28
T. Sustancias**	29	33	7	8	36	20
T. Personalidad***	13	19	4	5	17	10
Retraso Mental	1	1	1	1	2	2

*[chi2(3)=26,p=0.000]

**[chi2(3)=18.74,p=0.000]

***[chi2(4)=13.63,p=0.009]

Total. [chi2(5)=35.24,p=0.000]

Cuadro 5. Delitos más frecuentes

	N	%
Delitos/Salud*	64	73
Delitos/Sexuales**	2	2
Delitos/Propiedad***	17	19
Delitos/Vida****	5	6

*[chi2(3)=88, p=0.000]

**[chi2(3)=43.34, p=0.00] (negativo)

***[chi2(3)=54.88, p=0.000]

****[chi2(3)=42, p=0.000]

Cuadro 6. Delitos en relación al Género

	Masculino		Femenino	
	N	%	n	%
Delitos/Salud	52	59	12	14
Delitos/Sexual	2	2		
Delitos/Propiedad	15	17	2	2
Delitos/Vida	4	5	1	1

[chi2(4)=22.01, p=0.000]

Cuadro 7. Delitos más frecuentes de acuerdo al diagnóstico. (n=88)

Diagnóstico	Delitos/Salud		Delitos/Sexuales		Delitos/propiedad		Delitos/Vida	
	n	%	n	%	n	%	N	%
Esquizofrenia	5	6			7	8	1	1
Psicosis orgánica	18	21	1	1	2	2		
T.Afectivos	8	9			1	1	2	2
T.Sustancias	24	27	1	1	4	5		
T.Personalidad	9	10			2	2	2	2
Retraso Mental					1	1		
<i>Total</i>	64	73	2	2	17	19	5	5

Total[chi2(15)=2.7,p=0.02]

Cuadro 8. Descripción de delitos cometidos por los pacientes

	Con 1 delito	2 delitos	3 delitos
Delito contra la salud	30	32	2
Delitos sexuales		2	
Delitos contra propiedad	11	6	
Delitos contra la vida	4	1	
<i>Total</i>	45	41	2

[chi2(6)=6.03,p=0.4]

DISCUSION

Aun cuando han existido ya varios intentos por aclarar la asociación entre las conductas delictivas y violentas en la población psiquiátrica, las dificultades metodológicas a las que se han enfrentado todas ellas corresponden tanto a las aproximaciones temporales, la recuperación de datos confiables, la manipulación y control de factores demográficos y clínicos de casos,. Por otra parte, las características que tiene el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino, respecto al tipo de pacientes que recibe para valoración, y que consisten en que el proceso seguido previo a la referencia, es que generalmente se identifican a los pacientes sin conocerse como individuos con psicopatología de novo, sino que generalmente es por la identificación de un delito no grave, (ya que en caso contrario primero se le mantiene en instituciones judiciales) y en el que llama la atención, ya sea por referencia de conocidos -familiares, vecinos, etc- o durante su detención inicial, alguna alteración conductual sugerente de problemas mentales, aunque en el caso particular de los delitos contra salud, especialmente si su gravedad no ameritó una estancia judicial prolongada, es que se refieren directamente a la Institución para el manejo suponiendo que puede complicarse el delito con un problema de adicción. Esto se hace obedeciendo a las tendencias sobre la prevención del daño, que de esta manera se aplican en el país, con la finalidad, de reducir la peligrosidad y la incidencia de delitos de mayor gravedad.

Esto de alguna manera, puede explicar por otra parte, que el tipo de pacientes "referido" vía judicial, se esfuerzan por presentarse y cubrir el requisito de ley, pero muchas veces, abandonen el seguimiento por falta de interés a menos que haya un recordatorio judicial, llegando así a establecerse el diagnóstico en un menor número del total que se presentaron por este motivo. De manera similar, se explica el hecho de que una notable cantidad de pacientes que se presentan por primera vez, no continúan asistiendo después de recibir la primera consulta, ya que hay mejoría temporal con la medicación iniciada o por algunas otras causas, cuyo esclarecimiento no se buscaron en la presente investigación.

En este estudio se cumplieron varias características que impactaron en los resultados y aunque no todos ellos permitieron obtener resultados significativamente estadísticos, por ser uno de los pocos que han abordado el tema es importante discutir los datos obtenidos.

Respecto al grupo de variables demográficas, los resultados de la asociación de género y delito, arrojaron que del total de los 88 pacientes elegidos aleatoriamente entre los individuos enviados por motivos psiquiátricos, existió un número significativamente mayor del sexo masculino respecto al femenino, concordando con otros estudios en los que se han dado a la tarea de determinar quiénes practican el delito con mayor frecuencia, como es el caso de los trabajos de Wessely sobre epidemiología del crimen, que concluyen que el ser varón es un factor predictivo en las conductas violentas y actos criminales, también en un estudio dirigido por el Dr. Soyka se llegó a identificar al comparar varios grupos de pacientes psiquiátricos -con categorías aisladas y comórbidas- entre sí, obteniéndose índices sobresalientes en el género masculino entre otros factores demográficos; el caso del estudio de Rice Marnie

y cols apoya estas mismas conclusiones sobre las diferencias de género en un estudio prospectivo y aleatorizado de pacientes psiquiátricos y controles sanos. Este fenómeno ha sido varias veces recreado al comparar los grupos psiquiátricos por género entre sí, aunque al comparar los mismos sexos en grupos sanos y enfermos se han obtenido resultados distintos, aspecto que en este estudio no se investigó porque se limitó a observar las características demográficas de una población psiquiátrica, sin comparación a un grupo sano.

En el área de la distribución etárea, otra variable demográfica que tomamos en cuenta, encontramos que en promedio la edad con que mayor frecuencia se cometieron los delitos en la población psiquiátrica estudiada, fue a mediados de la cuarta década y mayor al grupo de los pacientes que no cometieron delitos. Esto coincidió con los resultados a que han llegado los estudios epidemiológicos, respecto a la distribución etárea, y es que son los pacientes jóvenes quienes más delinquen, la mayoría de ellos han identificado el rango entre los 28 y 39 años, siendo discretamente mayor en las mujeres, donde el promedio de edad al momento de delinquir fue de 39 años en el estudio de Lindqvist. Los resultados obtenidos por el estudio de Wallace difirieron en esta distribución, ya que ellos identificaron el grupo etareo de pacientes psiquiátricos entre los 20 a 29 años con frecuencias mayores de infracciones. La interpretación a esta variable se debe dar con las reservas culturales que influyen sobre las prácticas del delito en diferentes zonas geográficas, no obstante, hay un peso importante en la constancia que han mostrado estudios en zonas tan distintas culturalmente, con conclusiones que relacionan a los adultos que viven en la cuarta década de la vida, como los de mayor riesgo de infracciones.

Los resultados que obtuvimos respecto al estado civil resultaron significativos estadísticamente en relación a tener pareja en el grupo de pacientes con prácticas delictivas. Tomando en consideración cuatro grados de libertad, se encontró que el tener pareja, ya sea en forma de matrimonio o de unión libre, fue significativo contra el grupo mayoritario de los pacientes sin asociación a delitos, que correspondió al estado civil soltero. Existen pocos estudios que aborden esta característica dentro de sus variables demográficas, uno de ellos es el estudio de Wessely, donde obtiene resultados distintos ya que considera el estado civil soltero como variable más frecuente en las características epidemiológicas del crimen entre pacientes psiquiátricos. Esto puede explicarse porque en su investigación no se incluye a la unión libre como una variable del estado civil y sólo considera la opción de *casado-soltero*, y tomando en cuenta que por las características de población en el Hospital, es mucho más frecuente que las personas permanezcan unidas en forma libre sin un contrato legal. Siendo así, no podemos afirmar que el hecho de estar soltero forme parte del perfil demográfico entre los pacientes que se reciben en el Hospital por motivos judiciales, como sucede en otros estudios, donde el estar soltero es una característica común entre los pacientes psiquiátricos que cometen delitos; además hay que tomar en cuenta que todos estos estudios han sido realizados en países desarrollados, y donde a diferencia de México, el estado de unión libre no se consideró como variable en los estudios epidemiológicos. Esto nos permite identificar, que en nuestra población, el hecho de tener pareja no es un factor protector contra la comisión de delitos de la naturaleza por las que son enviados a manejo psiquiátrico en nuestra Institución.

Otras variables demográficas tomadas en cuenta fueron el hecho de tener hijos o no, el tener un empleo durante la valoración inicial, el tipo de residencia en que vivían y el tipo de familia que los incluía. No se obtuvieron resultados con diferencias significativas después del análisis de los datos, por lo que no se puede asociar ninguna de estas características como parte del perfil del paciente psiquiátrico que es visto en este Hospital por motivos judiciales. Esto difiere de otros estudios epidemiológicos, donde se ha encontrado especialmente a la variable empleo (cuando está ausente) como parte del perfil del paciente psiquiátrico que comete delitos.

Las variables de los antecedentes clínicos en los pacientes estudiados, se encontró que, respecto a los resultados de servicios médicos que recibían los pacientes al momento de acudir al hospital por primera vez, se encontró que la mayoría (90% de quienes cometieron delitos vs. 97% de quienes no los cometieron) los recibían del sector público (Salubridad), lo cual es esperable dado que se trata de un Hospital de concentración para pacientes que carecen de otros servicios médicos (privados, IMSS, ISSSTE, PEMEX); aún así se detectaron casos que a pesar de contar con estos servicios institucionales, recurrieron a atenderse al Hospital Fray Bernardino, lo cual se explica con las características de los casos que por ser enviados por una instancia judicial obligadamente requirieron la aplicación de la sentencia a través del Hospital por ser éste uno de los autorizados para tal efecto.

Las otra dos variables consideradas: el tener antecedentes familiares psiquiátricos o diagnóstico individual psiquiátrico con antelación a la primera valoración en esta Institución, no tuvieron significancia estadística en sus diferencias con el grupo de pacientes que no cometieron delitos, pese a que el número de casos con antecedentes psiquiátricos fue mayor en el grupo de pacientes con delito, y de manera opuesta, con diferencia de sólo un caso, fue mayor el conocimiento de un diagnóstico psiquiátrico previo a la valoración entre el grupo de pacientes que no cometió delitos.

Observamos respecto a la asociación de las categorías diagnósticas y la frecuencia de delitos, que fue significativa en el caso de los trastornos por abuso de sustancias, seguido por los trastornos de personalidad y los trastornos afectivos, como las tres categorías más importantes. El caso de la esquizofrenia es particular, porque aunque el número de casos incluidos en esta categoría es alto, al compararlos con el grupo sin delitos no se encontraron diferencias significativas, lo cual puede estar influido porque una de las características de la Institución donde se realizó el estudio, es que concentra la mayor población esquizofrénica del Distrito Federal y zonas conurbadas, lo que impide observar una significancia en la asociación al delito con la esquizofrenia como lo han demostrado otros estudios, donde se ha comparado con poblaciones abiertas o controles sanos

De forma general, los resultados coinciden parcialmente con varios estudios que han emprendido el esclarecimiento de esta asociación. Iniciaremos discutiendo la fuerte influencia de los trastornos por abuso de sustancias y alcohol sobre los actos delictivos. El estudio de Milton encontró que la comorbilidad de abuso de sustancias aumenta nueve veces el riesgo de delitos por conductas violentas; Wessely identifica esta comorbilidad incluso como un factor predictivo de delitos entre población psiquiátrica; Taylor por su parte identificó que el grupo más susceptible de la influencia delictiva del abuso de sustancias, era el de los esquizofrénicos en comparación a otros diagnósticos en el caso de hombres, pero en el caso de mujeres el efecto fue más

significativos sobre el grupo de los trastornos afectivos. Respecto a los trastornos de personalidad, que fue el segundo grupo mayoritario en asociación a delitos. Taylor comenta que en su estudio obtuvo resultados que incluyeron los trastornos de personalidad como el segundo más frecuente en forma comórbida (a la esquizofrenia) y como el tercero como diagnóstico único entre residentes de un hospital de alta seguridad. Por otra parte, el estudio de seguimiento – 10 semanas a un año- tras el egreso hospitalario del Dr. Appelbaum, encontró que los índices delictivos disminuyeron para el grupo de pacientes con esquizofrenia, no así el de los trastornos de personalidad y de abuso de sustancias, lo que en su artículo se interpreta como peligrosidad para cometer delitos *per se*. Esto pudiera explicar los resultados obtenidos en el estudio, tomando en cuenta además que las políticas actuales han dirigido una mayor atención a los delitos contra la salud enfatizando las prácticas de prevención del daño, como ha sido llamada en su intención de detectar y manejar los delitos con un enfoque profiláctico para reducir la peligrosidad social de los individuos que delinquen. Sumado esto a las particularidades del paciente psiquiátrico y que han sido detectadas incluso en países desarrollados y que implican que éste difícilmente oculta su acto delictivo, es más fácilmente detenido y conducido a instancias judiciales y a diferencia de otros delitos más graves (como los que atentan contra la vida) son canalizados a instancias médicas en vez de seguir su curso judicial solicitando la intervención médica con mayores medidas de seguridad, lo que limita su detección como primer contacto en un servicio de urgencias. Respecto al resultado que obtuvimos en la categoría de trastornos afectivos se encontró una significancia que en forma negativa relacionó los pacientes con depresión y la frecuencia de delitos, en tanto que otros estudios no han considerado una asociación en ningún sentido, como en el artículo de Coid de pacientes con trastornos de personalidad ingresados a servicios de psiquiatría forense, donde no hubo resultados significativos de pacientes con trastornos depresivos (8). Los resultados obtenidos respecto al delito detectado con mayor frecuencia en la población de este estudio responde a las particularidades del centro en cuestión, con una cifra significativamente estadística, fueron los delitos contra la salud, seguidos por los delitos contra la propiedad las dos principales categorías que juntos constituyeron el 92% de los casos, con minorías para los delitos contra la vida y los delitos sexuales, para el cual hubo una asociación negativa. Esto difiere a lo encontrado en otros estudios, donde se ha identificado al homicidio como el delito más frecuente, hasta en el 76% de los casos psiquiátricos ingresados (41). Esto puede explicarse por el tipo de institución donde se llevó a cabo el estudio y que fue un centro hospitalario de alta seguridad. Otros estudios han encontrado que es la violencia interpersonal incluyendo al homicidio (que equivaldría a la categoría de delitos contra la vida y la integridad) como el más frecuente, hasta en un 29.9% de los registros psiquiátricos con antecedentes legales. Llama la atención cifras tan dispares en este apartado, y la explicación se sujeta a que difícilmente pueden reproducirse en los estudios las cifras de frecuencia en delitos, ya que dependen factores difíciles de controlar como tipo de Institución, políticas gubernamentales en la dinámica de destinación de los pacientes delincuentes con padecimientos psiquiátricos, calidad y confiabilidad de los registros oficiales, entre otros. Tan sólo respecto a este último, los mismos artículos han denunciado dificultades al enfrentarse a deficiencias en los reportes legales y clasificación de delitos cuando se detectan pacientes psiquiátricos, incluso en países

desarrollados, de donde proviene toda la literatura seria respecto al tema. Nuestro estudio no es una excepción a estas influencias y detectamos que por ser un centro médico de concentración de pacientes a quienes se envía tanto a recibir tratamiento psiquiátrico voluntario o como medida de seguridad por exigencia legal, es que predominan este tipo de pacientes a quienes se detecta primero por el delito (en este caso por delitos contra la salud) y luego se les refiere para "recibir manejo obligatorio", encontrándose este "efecto halo" del que hablan en otros estudios de Instituciones similares a la nuestra, es decir, que muchas veces es el acto delictivo y no el diagnóstico psiquiátrico previo el que nos lleva a identificar a los pacientes en este rubro (19). Esta misma influencia se hizo notable en los resultados obtenidos de la relación de delitos y género, ya que los hombres con delitos contra la salud rebasaron con significancia estadística a los otros grupos.

Hay que tomar en cuenta que los objetivos de los estudios llevan implícita la explicación a estos resultados, ya que las descripciones demográficas son particulares del tipo de Institución y difícilmente comparables, y aún más tomando en cuenta las políticas de seguimiento a los pacientes con delitos, que en nuestro país, cuando se trata de casos con delitos graves no se les envía a Instancias médicas como el Hospital Psiquiátrico, sino que se concentran en reclusorios y es allí donde reciben la atención psiquiátrica necesaria.

Al analizar la asociación de los delitos cometidos por los pacientes y el género, se encontró en todos ellos que el sexo masculino predominó sobre el femenino en todas las categorías delictivas, con significancia estadística; mientras que se identificó que los delitos contra la salud fue mayoritario en el género femenino con apenas 2 delitos contra la salud y 1 contra la vida, sin que ninguna paciente hubiera sido identificada por delitos de tipo sexual, lo que nos explica que la variedad de delitos entre las mujeres recibidas en la institución es muy limitada.

Respecto al tipo de delito cometido en relación a las categorías diagnósticas se encontraron resultados interesantes. Primeramente, el grupo de pacientes esquizofrénicos (de quienes el tipo paranoide fue el mayoritario con una $p=.02$), presentaron mayor incidencia sobre los delitos contra la propiedad y contra la salud y sólo un caso de delito contra la vida; esto difiere parcialmente de los resultados obtenidos en otros estudios, donde son los delitos con uso de violencia (interpersonal, incluyendo homicidios), los delitos contra la propiedad y los de tipo sexual los más frecuentes (41, 42). El grupo de psicosis orgánicas, que presentaron mayor frecuencia delitos contra la salud, muestra diferencias respecto a otros estudios en donde no se le ha catalogado como entidad aislada, sino asociada principalmente a trastornos de personalidad disocial o como una entidad poco clara en el momento de clasificarla como parte de las "psicosis mayores". No se encontraron estudios con que se puedan confrontar los datos obtenidos, por lo que tomaremos con reserva las conclusiones sobre el dato, dadas las influencias ya consideradas previamente. El grupo de los trastornos afectivos que en nuestro estudio incluyó mayormente casos de depresión, se asociaron más con delitos contra la salud y fue el único con dos casos de delitos contra la vida y la integridad corporal; al hacer una revaloración de estos dos últimos casos, se encontró que se trataban de trastornos depresivos con síntomas psicóticos, esto puede explicar la variación respecto a otros estudios donde no se encuentra relación significativa de trastornos afectivos (específicamente depresión), porque consideran

grupos diagnósticos mayores y engloban a este tipo de pacientes en el rubro de "psicosis". Algo similar sucede con los resultados de psicosis en estudio y brotes de primera vez (ambos incluidos en el rubro de "otras psicosis"), ya que éste es un diagnóstico que con frecuencia se otorga a los pacientes del Hospital y el cual no se puede modificar antes de observar su evolución y completar los estudios diagnósticos.

Es importante hacer notar que al respecto nos enfrentamos con el problema de que aunque el expediente estaba ya formado y se había establecido este primer diagnóstico, no se pudo aclarar el diagnóstico definitivo por interrupción del seguimiento, cuyas causas no fueron motivo de esta investigación, pero que decidimos incluir en la estadística para observar el comportamiento delictivo de estos pacientes con brotes psicóticos, y de lo cual deducimos que el tipo de delito -contra la propiedad y de tipo sexual- tuvo una influencia importante sobre su arribo a la Institución médica.

Por su parte, los trastornos por abuso de sustancias sobresalieron en su asociación a los delitos contra la salud, con poca influencia en las otras categorías. Estos resultados sí muestran diferencias notables en relación a otros estudios, donde su efecto se observa más en delitos con violencia (robos, asaltos, de tipo sexual, automovilísticos) (41, 18, 4, 42). Esto puede explicarse por la conducta que se toma al detectar pacientes psiquiátricos infractores, ya que sólo se consigna el delito contra la salud ignorándose los otros, ya que para esto se requiere la denuncia correspondiente, lo que ante un paciente alterado mentalmente con frecuencia se dispensa.

En cuanto a los trastornos de personalidad, después de los delitos contra la salud, fueron los delitos contra la propiedad los más frecuentes, con un solo caso de delito contra la vida. Existen referencias que se han enfocado al estudio sólo de casos de trastornos de personalidad en relación al delito y que han obtenido resultados distintos; en estos, son los robos y fraudes, delitos de incendio y autolesiones los más asociados a tipos disocial y borderline respectivamente (8). En el estudio de Taylor, son los delitos por incendio y daños en propiedad los más asociados a trastornos de personalidad aislados (41). Estos resultados difieren en el estudio de Wallace, donde fueron los delitos de tipo sexual, seguidos de los delitos con uso de violencia interpersonal incluyendo homicidio y los delitos contra la propiedad, los más frecuentes en los pacientes con trastornos de personalidad (42). La mayor coincidencia en todos estos es el delito violento con efectos sobre la persona o su propiedad, resultados que no fueron reproducibles en nuestro estudio por las características ya comentadas sobre el Hospital y los flujos de destinación de pacientes con delitos graves. En especial los trastornos de personalidad muestran este patrón irregular por la dificultad que enfrenta su detección y es motivo por el que muchas veces la mayoría sigue un proceso legal sin diagnosticarse psiquiátricamente y por lo tanto sin captarse en nuestro sistema epidemiológico.

De manera que de forma global, se obtuvo una significancia estadística para los delitos contra la salud en todas las categorías diagnósticas, lo que nos explica que en la muestra estudiada de pacientes de un año, hasta el 73% de los casos, se asoció a delitos contra la salud tomando en cuenta todas las categorías diagnósticas.

Finalmente, dado que detectamos que con frecuencia, los delitos por los que eran referidos, se combinaban, decidimos investigar cómo era esta asociación. Encontramos, que los delitos contra la salud fue la categoría más común en asociarse con uno, dos y hasta tres delitos (de éste último, sólo dos casos), seguido por los

delitos contra la propiedad y en menor grado los delitos contra la vida y de tipo sexual. Aunque no se incluía en los objetivos del estudio investigar estas asociaciones, sí es importante resaltar la alta frecuencia de combinación entre los delitos contra la salud y otros.

Conclusiones

Luego de determinar este estudio descriptivo, podemos identificar que el perfil del paciente psiquiátrico referido a la institución por motivos judiciales, es el de individuos jóvenes que atraviesan la cuarta década de la vida, mayormente hombres, que generalmente conviven con una pareja (ya sea en forma de matrimonio o unión libre), que carecen de servicios de salud Institucional (IMSS, ISSSTE, PEMEX) y cuyos antecedentes clínicos (familiares con trastornos psiquiátricos o de diagnóstico individual previo) no tiene diferencias respecto al grupo de pacientes que no cometen delitos.

Partiendo de este perfil, nos adentramos a esclarecer los objetivos que dirigieron la presente investigación.

El tipo de delitos que cometieron con mayor frecuencia los pacientes referidos de primera vez a esta institución, independientemente de la categoría diagnóstica, fue con un margen amplio, los delitos contra la salud, por sobre los otros rubros delictivos. Esto apoya la hipótesis inicial acerca de que los pacientes vistos en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino, con mayor frecuencia están asociados judicialmente a delitos contra la salud.

Acerca de cuáles delitos cometen con mayor frecuencia de manera particular los pacientes con esquizofrenia, las psicosis orgánicas, los trastornos afectivos, los trastornos por sustancias, los trastornos de personalidad, el retraso mental y las psicosis de primer evento, se encontró que a excepción de esta última y la esquizofrenia, tuvieron mayor incidencia sobre los delitos contra la salud, correspondiendo a los delitos contra la propiedad el rubro más común entre estas últimas dos categorías diagnósticas.

Respecto al grupo de pacientes que cometió el mayor índice de delitos, se identificó aquellos con trastornos por abuso de sustancias (toda su gama de expresión clínica) quienes alcanzaron a cubrir un tercio de todos los delitos (33%).

Finalmente, los delitos que cometieron los pacientes luego de distinguirse su género, fue distinto tomando en cuenta el predominio significativo de casos masculinos en su asociación al delito, aunque en el caso de las mujeres también predominaron los delitos contra la salud, siendo los delitos contra la propiedad y contra la vida los que le siguieron en frecuencia, como en el caso de los hombres, pero sin observarse ningún caso de delito de tipo sexual entre el género femenino.

Los elementos que influyeron sobre la obtención de estos resultados y que son características del Hospital en donde se realizó, es que se trata de un hospital de concentración de pacientes a quienes derivan los órganos judicial por haber cometido alguna infracción que llegó a trascender para iniciar alguna averiguación y la cual se complementa con la intervención médica ya sea como restricción física como medida de seguridad y a la aplicación de tratamiento médico. Las políticas emprendidas contra el narcotráfico, en el marco de esta tendencia a atender los delitos cuando no alcanzan

gravedad para destinarse a una Institución judicial, sino canalizarla a una medida de seguridad con finalidades correctivas y preventivas, han influido en el tipo de población tan significativamente seguida a largo plazo, por otra parte, existe "fuga" de otros pacientes a quienes por la gravedad de su delito toma éste prioridad sobre el diagnóstico psiquiátrico si éste no es evidente durante el primer contacto con la autoridad legal para que sea referido primero a la Institución médica, *v.gr. trastornos de personalidad y retraso mental superficial*, sino que se le recluye y se inicia manejo dentro del propio reclusorio o a través de otras instituciones psiquiátricas con intervención judicial directa (CEVAREPSI). También se tomará en cuenta que por la manera en que se refieren los pacientes y que se presentan por su propio pie ya sea solos o acompañados no se alcanza a realizar en todos un estudio completo, por abandono, como lo demuestran las cifras mencionadas al inicio de los resultados y que dan cuenta de la importante interrupción en el seguimiento médico.

Luego de concluir este estudio y de analizar sus resultados, hemos logrado aclarar los objetivos planteados y dilucidado los factores que intervinieron en esto. Planteamos como posibilidades futuras su utilización para esquematizar acercamientos a individuos con los perfiles identificados de alto riesgo en pro de la prevención del delito con organización de campañas dirigidas en sitios claves de detección de este tipo pacientes (área de urgencia y preconsulta), además de servir como antecedente para futuras investigaciones, en las que creemos sería útil ampliar a áreas de trastornos específicos en asociación a su comportamiento luego de iniciar manejo, su apego, índices de predictibilidad en peligrosidad con cifras basadas en escalas validadas para población psiquiátrica mexicana.

Referencias

1. Angermeyer, MC. Cooper B., Link BG. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1998 (33):S1-S6. Mental disorder and violence: results of epidemiological studies in the era of de-institutionalization.
2. Appelbaum, Paul S. Am J Psychiatry April 2000 157(4):566-572. Violence and Delusions: data from the MacArthur violence risk assesment study.
3. Borum, Randy; Appelbaum, Kenneth. Psychiatric Services. Vol. 47, No. 7, July 1996. "Epilepsy, Aggresion and Criminal Responsibility".
4. Brennan, Patricia A; et al .Archives of General Psychiatry. 57(5):494-500 May 2000. "Major Mental Disorders and Criminal Violence in a Danish Birtn Cohort" .
5. Buchanan, Alec. Psychological Medicine. Vol 29, 1999. "Risk and Dangerousness".
Código Penal del Distrito Federal, 61ª edición, México 2003.
6. Coid, JW. Psychiatr Bull 1998(22):294-97. Socioeconomic deprivation and admission rates to secure forensic psychiatry services.
7. Coid, Jeremy; Kahtan, Nadi. The British Journal of Psychiatry Vol.175, Dec 1999. "Patient with personality disorder admitted to secure forensic psychiatry services" .
8. Devinsky, Orrin. Am J Psychiatry May 1984,141(5):651-656. Varieties of Aggressive Behavior in Temporal Lobe Epilepsy.
9. Di Tullio, Benigno. Principios de Criminología Clínica y Psiquiatría Forense. Editorial Aguilar, Madrid, 1966.
10. Dolan, M; Doyle M. British Journal of Psychiatry, Vol 177, 2000. "Violence risk prediction".
11. Eronen M. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1998, 33:S13-23. The psychiatric epidemiology of violent behaviour.
12. Esquirol J.E. "Memorias sobre la locura y sus variedades" Colección Clásicos de Psiquiatría. Madrid. Ediciones Dorsa.1991.
13. Foucault, Michel. Historia de la Locura en la Época Clásica I. Fondo de Cultura Económica. 1ª edición Español. 1967.
14. Fuller, Torrey E.Hospital and Community Psychiatry, July 1994 45(7):653-662. Violent Behavior by Individuals With serious Mental Illnes
15. Garza Treviño, Enrique S. Hospital and Community Psychiatry, Vol. 45. No. 7, July 1994. "Neurobiological Factors in Aggressive Behavior".
16. Grossman, Linda S. Psychiatric Services August 1995, 46(8):790-800. State Psychiatric Hospital Patients With Past Arrest for Violent Crimes.
17. Herpertz, Sabine. Curren Opinion in Psychiatry 1999, 12:689-93. Personality disorders and the law, with a German perspective.
18. Hodgkin S. Mednick. Arch Gen Psychiatry 1996 (53):489-496). Mental disorder and crime, evidence from a Danish birth cohort.
19. Kissi, Jorge FA. Doctrina y Acción Pospenitenciaria. Año 4 No 6, 1990. "Abordaje psiquiátrico forense de la Peligrosidad"
20. Lamb, Richard; et al. Psychiatric Services, Vol 46, No. 12, Dec 1995. "Outcome for Psychiatric Emergency Patients seen by an Outreach Police-Mental Health Team".
21. Lindqvist, P. Acta Psychiatr Scan 1989, 82:191-195. Schizophrenia and assaultive behaviour:the role of alcohol and drug abuse.
22. Lindsay, DG. Current Opinion in Psychiatry 1999, 12:653-657. Substance abuse and criminality.
23. Link, BG. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1998 33:S55-60. Psychotic symptoms and violent behaviors: probing the components of "threat-control override" symptoms.
24. López Munguía Fernando, López Butrón Marco Antonio. Psiquis, Vol 9(4):71-78.2000. "La violencia y la Enfermedad Mental".
25. López Munguía, Fernando. Predicción y Tratamiento de la violencia en el enfermo mental. Psiquis vol. 9(5):94-104. 2000.
26. Marcó, R.JL. Tusquets de Psiquiatría Forense. Barcelona. Salvat 1990.
27. Milton, John; et al. The British Journal of Psychiatry 2001, 178 433-440. "Aggressive incidents in first-episode psychosis".

28. Modestin, Jiri; et al. *The British Journal of Psychiatry* 1995, 166(5), May. "Mental disorder and Criminal Behaviour".
29. Mulvey, Edward P. *Hospital and Community Psychiatry*, Vol. 45, No. 7, July 1994. "Assesing the Evidence of a Link Between Mental Illness and Violence".
30. Noffsinger, Stephen G. *Current Opinion in Psychiatry* 1999, 12:683-687. Violence and Mental illnes.
31. Norma Oficial Mexicana 190-SSA1-1999. Prestación de servicios de salud. Criterios para la Atención Médica de la Violencia Familiar Numeral 6-15.
32. Ortiz Valero, Tomás. *Lecciones de Psiquiatría Forense*. Editorial Comares, Granada, Espana 1998.
33. Reglamento de La Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de atención médica. Artículo 19. Fracción V. 14ª edición. México, Porrúa. 1997.
34. Resnick PJ. Risk assessment for violence in mental patients. WPA Thematic Conference in Legal and Forense Psychiatry. Madrid 23-26 2000.
35. Rice, Marnie E. *International Journal of Law and Psychiatry*, 1995 18(3):333-342. Psychopathy, Schizophrenia, alcohol abuse, and violent recidivism.
36. Rice, Marnie; etl al. *Current Opinión in Psychiatry* 15(6):589-593. November 2002. "The appraisal violence, and gender diferences".
37. Soyka, Michael. *The British Journal of Psychiatry* 2000, 176, april. "Substance misuse, psychiatric disorder and violent and disturberd behaviour".
38. Steiner, Hans; Cauffman Elizabeth. Personality trait in Juvenile Delinquents Relation to Criminal Behavior an Recidivism. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 38(3):256-62 March 1999.
39. Stueve, A. *Soc Psychiatric Psychiatr Epidemiol* 1998 33:S61-67. Gender differences in the relationship between mental illness and violence: evidence from a community-based epidemiological study in Israel.
40. Swanson, JW. *Hosp Commun Psychiatry* 1990(4):761-770. Violence and Psychiatric disorder in the community evidence from the epidemiologic catchment area survey.
41. Taylor, P.J.; et al. *The British Journal of Psychiatry* 1998 172 218-226. "Mental disorder and violence. A special (high security) hospital study".
42. Wallace, Cameron, et. al. *The British Journal of Psychiatry* 172 (6) June 1998 pp 477. "Serious Criminal offending and mental disorder. Case linkage study".
43. Walsh, Elizabeth. *The British Journal of Psychiatry* 180, June 2002. "Violence and schizophrenia, examining the evidence".
44. Wessely, Simon. *The British Journal of Psychiatry* 170, sup 32, april 1997. "The Epidemiology of Crime, Violence and Schizophrenia"
45. World Health Organization (1992). Tenth Revision of the International Classification of Disease and Related Health Problems (ICD-10), Geneve: OMS.
46. *Year Book of Psychiatry and Applied Mental Health* #169 Mosby. Year Book. 1996.
47. Yorston, Graeme. *The British Journal of Psychiatry* 174(3), March 1999, "Aged and dangerous: old-age forensic psychiatry".