

**INSTITUTO UNIVERSITARIO DE CIENCIAS DE LA SALUD
FUNDACIÓN H. A. BARCELÓ**

FACULTAD DE MEDICINA



**FUNDACION H. A. BARCELO
FACULTAD DE MEDICINA**

**ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA LEGAL
TRABAJO FINAL INTEGRADOR**

**“CRIMINALIDAD EN ESQUIZOFRENIA.
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y ASPECTOS MÉDICO
LEGALES”**

(Revisión Bibliográfica)

AUTOR: Liste, Omar Alejandro.

DIRECTORA DE CARRERA: Prof. Dra. Alicia Beatriz Vermé

TUTOR METODOLÓGICO: Prof. Dr. Diego Bernardini

TUTOR DISCIPLINAR: Prof. Dr. Alejandro Basile

FECHA DE PRESENTACIÓN: Diciembre 2019

CONTACTO DEL AUTOR: omarliste@hotmail.com

a) RESUMEN

La violencia y los crímenes violentos se han convertido en un problema de primera magnitud en la sociedad actual, pero existe una sensibilización especial hacia los delitos cometidos por los enfermos mentales. La violencia cometida por una persona que padece una enfermedad psiquiátrica es más temida por no tener sentido, ser impredecible y extraña.

La ejecución de actos violentos y agresivos por pacientes que padecen algún trastorno mental ha sido un punto de interés para criminalistas y psiquiatras. Los resultados en diversas investigaciones en el área han sido contradictorios en cuanto a la asociación entre esquizofrenia, violencia y criminalidad. Aunque la mayor parte de la violencia no está relacionada con la enfermedad mental (no más del 10% de los actos de violencia criminal están relacionados a enfermedades psiquiátricas) y la mayoría de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia no son violentos, estudios recientes han confirmado que estas variables tienen una asociación pequeña pero significativa.

La presente revisión actualiza las variables implicadas en dicha asociación describiendo los aspectos clínicos, epidemiológicos y médico legales asociados a conductas violentas y criminalidad en esquizofrenia.

Los principales factores predictivos asociados a comportamientos violentos en las personas con esquizofrenia son el abuso de sustancias, el incumplimiento terapéutico, los trastornos de la personalidad, la historia de violencia, la sintomatología productiva (delirio y alucinaciones), el pobre control de los impulsos secundario al déficit neuropsicológico, el bajo nivel socioeconómico, una reagudización reciente del cuadro, las alteraciones de la afectividad y la agresividad verbal manifiesta o latente.

En torno al marco jurídico que regula los aspectos médico-legales en relación a la inimputabilidad en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia (Ley de Salud Mental 26.657 y artículo 34 inciso 1° del Código Penal), existen dificultades de interpretación y aplicación que derivan del encuentro entre estas dos normativas.

Es importante tener en cuenta la diferencia entre el análisis de las variables clínicas relacionadas con actos violentos en esquizofrenia y el concepto de peligrosidad social. Este último pertenece al ámbito jurídico y no puede ser determinado por la psiquiatría basada en las pruebas científicas.

La magnitud de la asociación entre violencia, crimen y esquizofrenia es modesta en comparación con el resto de las variables socioeconómicas y demográficas asociadas al delito.

Se requieren estudios sistemáticos controlados para demostrar la relación causal entre la esquizofrenia y la violencia, o probar la eficacia de diferentes estrategias terapéuticas.

b) AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer especialmente a mi tutor, el Prof. Dr. Alejandro Basile, por su vocación docente y su generosidad al compartir conocimientos en el transcurso de estos dos años de cursada y su ayuda en la realización de este trabajo final integrador.

A mi mujer y mis dos hijos, por haberme apoyado en este y en todos mis proyectos profesionales. Por su paciencia en mis ausencias por trabajo y estudio.

A mis compañeros del Hospital Alvear, con quienes comparto en lo cotidiano esta hermosa y gratificante profesión.

A la Dra. Norma Derito, docente que me acompañó y orientó en la elección de la temática abordada en el trabajo.

c) HOJA DE CALIFICACIÓN

- **JURADO 1:**

- **JURADO 2:**

- **JURADO 3:**

- **NOTA FINAL:**

d) ÍNDICE GENERAL

I- INTRODUCCIÓN	
a) RESUMEN	2
b) AGRADECIMIENTOS	3
c) HOJA DE CALIFICACIÓN	4
d) ÍNDICE GENERAL	5
e) PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
f) OBJETIVOS DEL TRABAJO	7
g) MARCO TEÓRICO Y CONTEXTUAL	8
Violencia y enfermedad mental	8
Concepto de esquizofrenia. Criterios diagnósticos	10
Neurobiología de la agresión y la violencia	12
Psicogénesis de la conducta delictiva en esquizofrenia	14
II- DESARROLLO	16
ESQUIZOFRENIA, VIOLENCIA Y CRIMINALIDAD	16
PREVALENCIA DE CONDUCTAS DELICTIVAS EN ESQUIZOFRENIA	17
Estudios en la comunidad	17
Estudios en la población carcelaria	18
Estudios en el medio hospitalario	20
FACTORES DE RIESGO Y PREDICTIVOS ASOCIADOS A CRIMINALIDAD	21
III- ASPECTOS MÉDICO-LEGALES	25
a) Evaluación del riesgo y la peligrosidad	27
b) Artículo 34 del Código Penal, inciso 1° y Psicosis	30
c) Ley de Salud Mental (26.657)	32
d) Ley de Salud Mental e inimputabilidad	33
e) Las medidas de seguridad	34
f) La internación involuntaria ante el riesgo efectivo	35
g) Evaluación de la simulación de psicosis	35
IV- CONCLUSIONES	37
V- BIBLIOGRAFÍA	39

e) PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La agresividad viene predeterminada desde nuestro nacimiento como una respuesta adaptativa, una herramienta de supervivencia para responder ante amenazas externas. Pero cuando la interpretación del entorno es defectuosa todo puede ser percibido como una amenaza y se puede reaccionar de manera desproporcionada con miedo extremo o con violencia extrema; este sería el caso de algunos trastornos mentales graves.

La violencia y los crímenes violentos se han convertido en un problema de primera magnitud en la sociedad actual, pero existe una sensibilización especial hacia los delitos cometidos por los enfermos mentales. La violencia cometida por una persona que padece una enfermedad psiquiátrica es más temida por no tener sentido, ser impredecible y extraña. Todo ello provoca mayor repercusión en los medios de comunicación y estimación excesiva del riesgo, contribuyendo a una estigmatización que ha repercutido negativamente en los pacientes que sufren esta enfermedad y sus familias.

La comisión de actos violentos y agresivos por pacientes que padecen algún trastorno mental ha sido un punto de interés para criminalistas y psiquiatras. Se ha sugerido que el principal problema que se suscita al establecer una asociación entre conducta criminal y trastornos mentales, es que entre ambos conceptos no hay una relación inherente, ya que la conducta criminal no es exclusiva de aquellos que padecen algún trastorno mental.

Un riesgo incrementado de violencia entre pacientes con esquizofrenia ha sido repetidamente confirmado en: estudios de antecedentes criminales en pacientes, estudios en gemelos y en muestras de personas que cometieron homicidio.

Debemos tener en cuenta que la violencia y las conductas delictivas son un fenómeno complejo, difícil de evaluar, con múltiples manifestaciones y causas.

El estigma social asociado a la esquizofrenia (este tipo de paciente es considerado, en muchas ocasiones, como peligroso por el mero hecho de su padecimiento) y, por otro lado, la falta de referencias y estudios en la comunidad científica con respecto al tema en cuestión en nuestro país fueron disparadores para la realización de esta revisión.

Diversos autores destacan carácter preocupante de las enfermedades mentales en general, y de la esquizofrenia en particular, por la relativa falta de atención que estos enfermos tienen en su interacción con los sistemas de justicia. Así, se advierte que las cárceles, hoy en día, se han convertido en hospitales psiquiátricos de sustitución. Este hecho pone de manifiesto la importancia de conocer y comprender el comportamiento de los esquizofrénicos y su interacción con la justicia.

Se considera además fundamental la comprensión de esta enfermedad debido a que es una de las más frecuentemente asociadas al comportamiento criminal.

f) OBJETIVOS DEL TRABAJO

General

El objetivo de este trabajo es realizar una revisión de los aspectos clínicos, epidemiológicos y médico-legales asociados a conductas violentas y criminalidad en esquizofrenia.

Específicos

- Analizar la relación existente entre las esquizofrenias, las conductas violentas y los actos delictivos, buscando una asociación significativa entre estas variables.
- Investigar la prevalencia de esquizofrenia en las poblaciones que cometen actos delictivos y las tasas de criminalidad en muestras de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia comparándolas con la población general.
- Describir las variables clínicas, factores de riesgo y predictivos asociados a la criminalidad en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia.
- Desarrollar los aspectos médico-legales en relación a la criminalidad y la inimputabilidad en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia según las regulaciones vigentes en nuestro país (Ley de Salud Mental 26.657 y artículo 34 inciso 1° del Código Penal), marcando las dificultades de interpretación y aplicación que se derivan del encuentro entre estas dos normativas.

g) MARCO TEÓRICO Y CONTEXTUAL

• VIOLENCIA Y ENFERMEDAD MENTAL

Aunque la mayor parte de la violencia no está relacionada con la enfermedad mental (no más del 10% de los actos de violencia criminal están relacionados a enfermedades psiquiátricas) y la mayoría de los pacientes con algún diagnóstico psiquiátrico no son violentos, estudios recientes han confirmado que estas variables tienen una asociación pequeña pero significativa. No hay que olvidar que estos pacientes suelen presentar otros factores asociados con la propensión agresiva como ser la vulnerabilidad social, el abuso de sustancias y el incumplimiento terapéutico.

En forma general, se asume que los factores relacionados con el crimen son similares entre la población general y la población psiquiátrica. De ahí que las pruebas de que la prevalencia de conductas criminales entre enfermos mentales exceda a la que se observa en la población general, se encuentren fundamentadas en que la mayoría de los estudios sobre criminalidad se centran en sujetos que residen en prisiones o en aquéllos que han cometido delitos graves, especialmente en los que son violentos. Por ello, de acuerdo a esta selección, son comprensibles los resultados de los estudios; sin embargo, debe recordarse que dicha selección excluye a la mayoría de los enfermos mentales y a la mayoría de los criminales.

Se ha encontrado que la frecuencia de los delitos contra la propiedad, delitos sexuales, adicciones y otras faltas, es mayor entre los sujetos con trastornos mentales con antecedentes penales registrados, que entre aquellas personas con antecedentes penales pero que no acusan ningún trastorno mental.

En la Tabla 1 figuran los principales factores predictivos del comportamiento violento en pacientes con trastornos psiquiátricos, siendo las variables con mayor fuerza la reincidencia, los factores sociodemográficos desfavorables y el consumo de sustancias.

Tabla 1- Factores de predicción sociodemográficos y clínicos de conductas agresivas en pacientes con trastornos psiquiátricos (González Parra S y cols. 2008)

Factores sociodemográficos	Factores clínicos
<ul style="list-style-type: none">• Historia previa de violencia• Antecedentes de delitos• Historia de abuso infantil• Sexo masculino• Edad joven• Bajo nivel socioeconómico• Abuso de sustancias• Estado civil: separados/divorciados• Factores de estrés explícitos: conflicto marital/pérdidas	<ul style="list-style-type: none">• Diagnóstico precoz de trastorno psiquiátrico• Historia de ideación o intento de suicidio• Historia de hospitalizaciones frecuentes• Deterioro cognitivo o neurológico• Agresividad y ansiedad en la hospitalización• Agresividad en el momento de la entrevista

• CONCEPTO DE ESQUIZOFRENIA. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

La clasificación de las psicosis siempre fue una dificultad para la clínica psiquiátrica y se ha complejizado aún más últimamente; de hecho, existen hoy unas 10 clasificaciones de esquizofrenias. Se describirá la clasificación del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V), por su vigencia internacional y su uso en el ámbito médico legal.¹

La primera definición que se dio de la esquizofrenia la señalaba como "una serie de síndromes clínicos cuya común característica la constituye la destrucción de la correlación o armonía interna de la personalidad, con preferente partición de la afectividad y voluntad" (Kraepelin, 1887). Este autor la definió como "demencia precoz", ya que advirtió que se daba una afectación global de las capacidades intelectuales de los sujetos. El término esquizofrenia propiamente dicho, que significa mente dividida, fue introducido por Bleuler (1911), ya que consideraba que el síntoma nuclear del trastorno era la "disgregación mental". Después de él, se han dado muchas definiciones del término por las diversas asociaciones internacionales (OMS, CIE-10, DSM-IV, etc.) y se la incluye junto al trastorno delirante y al esquizotípico dentro de las psicosis persistentes, es decir, de larga duración.

La Esquizofrenia es una enfermedad mental grave caracterizada por síntomas positivos (delirios, alucinaciones y conducta desorganizada) negativos (expresión emotiva disminuida y abulia) y cognitivos que influyen en casi todos los aspectos de la actividad mental, tales como la percepción, la atención, la memoria y las emociones. Este trastorno afecta aproximadamente al 1% de la población y suele empezar al final de la adolescencia y al principio de la edad adulta.

Están descriptos varios tipos de esquizofrenia (desorganizada, catatónica, residual...), pero la que más nos interesa debido a que es la más frecuente y la de mayor importancia médico-legal, dados los actos agresivos que se derivan de los síntomas que padece el sujeto, sería la paranoide. Ésta se caracteriza por la presencia de ideas delirantes o alucinaciones en un contexto de conservación relativa de la capacidad cognoscitiva y de la afectividad.

Según el DSM-V los criterios diagnósticos para Esquizofrenia son:

A. Dos (o más) de los síntomas siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de tiempo durante un período de un mes (o menos si se trató con éxito). Al menos uno de ellos ha de ser (1), (2) o (3):

1. Delirios.
2. Alucinaciones.
3. Discurso desorganizado (p. ej., disgregación o incoherencia frecuente).

¹ Derito María Norma Claudia, Monchablón Espinoza Alberto. Las psicosis. - 1a ed. – Buenos Aires : Inter-Médica, 2011.

4. Comportamiento muy desorganizado o catatónico.

5. Síntomas negativos (es decir, expresión emotiva disminuida o abulia).

B. Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio del trastorno, el nivel de funcionamiento en uno o más ámbitos principales, como el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado personal, está muy por debajo del nivel alcanzado antes del inicio.

C. Los signos continuos del trastorno persisten durante un mínimo de seis meses.

D. Se han descartado el trastorno esquizoafectivo y el trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas

E. El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga o medicamento) o a otra afección médica.

Los estudios epidemiológicos han establecido que existen numerosos factores que confieren riesgo de esquizofrenia. Muchos de estos actúan durante el período temprano del desarrollo cerebral pero otros son más comunes durante la adolescencia y la edad adulta como, por ejemplo, el abuso de la marihuana (Gejman y Sanders, 2012).

Zubin y Spring (1977), autores del modelo de vulnerabilidad-estrés como explicación de la esquizofrenia, sugieren que ésta es el resultado de factores endógenos de predisposición o vulnerabilidad, genética o adquirida durante el neurodesarrollo, y que la manifestación de los síntomas de enfermedad viene desencadenada por la presencia de estresores ambientales; por lo que la psicosis es el resultado de la acción conjunta de estresores ambientales y de la vulnerabilidad personal (Lemos, Vallina, Fernández y Fonseca, 2010).

En la actualidad no se dispone de un instrumento técnico que permita diagnosticar la esquizofrenia de forma clara y objetiva, por lo que es fundamental que para diagnosticarla se tenga en cuenta la historia clínica del paciente, donde se reflejan tanto los antecedentes familiares como los acontecimientos sufridos por éste y los tratamientos prescritos, así como la realización de entrevistas a las personas que forman parte del entorno del paciente. Estos criterios clínicos pueden reforzarse en determinados casos y como complemento al diagnóstico con pruebas de neuroimagen. Además es conveniente que se realicen pruebas médicas y un laboratorio, para excluir que los síntomas sean producidos por drogas. (Martínez, Rosero y Fernanda, 2015).

- **NEUROBIOLOGÍA DE LA AGRESIÓN Y LA VIOLENCIA**

La neurobiología de la agresión y la violencia es de interés para la psiquiatría forense dado que buena parte de la conducta delictiva tiene componentes violentos.

Los factores psicosociales y biológicos interactúan modelando la conducta violenta. Por consiguiente, las causas psicosociales y biológicas del crimen violento están inseparablemente unidas y en constante interacción (Stahl, 2014).

Se ha propuesto una distinción entre agresión y violencia basada en criterios de utilidad biológica. La primera sería una conducta normal, fisiológica que ayuda a la supervivencia del individuo y su especie (Archer, 2009). La segunda se aplicaría a formas de agresión en las que el valor adaptativo se ha perdido, que pueden reflejar una disfunción de los mecanismos neurales relacionados con la expresión y control de la conducta agresiva, en tanto que su objetivo es el daño extremo, incluso llegando a la muerte de la víctima.

La agresión impulsiva es generalmente una respuesta inmediata a un estímulo del medio ambiente. Este tipo de violencia puede reflejar una hipersensibilidad emocional y una percepción exagerada de las amenazas, lo que puede ir ligado a un desequilibrio entre los controles inhibidores corticales y los impulsos del sistema límbico.

La conducta violenta podría ser el resultado de la disfunción entre la actividad cortical y la subcortical. En concreto, con respecto a la actividad cortical, las áreas en las que los estudios son más coincidentes se vincularían con un mal funcionamiento de la corteza orbito-frontal, la corteza prefrontal ventromedial y la corteza cingulada anterior, que son estructuras que se relacionan con los componentes cognitivo y emocional de la toma de decisiones. En relación a las estructuras subcorticales que se relacionan con los componentes emocionales de la conducta, la violencia se vincula tradicionalmente y de forma consensuada por la mayoría de los estudios revisados con alteraciones en el funcionamiento de la amígdala.

El complejo nuclear amigdalino, está ubicado en la porción medio dorsal del lóbulo temporal; es la parte del sistema límbico que, específicamente, está involucrada con la coordinación entre las diferentes áreas encargadas de la expresión y de la experiencia emocional. La amígdala cerebral condiciona la respuesta a estímulos temerosos o agradables, elaborando la memoria emocional².

La amígdala juega un rol fundamental en el procesamiento de las emociones. Las aferencias sensoriales llegan a la misma a través de dos vías: 1) La que utiliza al tálamo como una estación previa, desde el cual se proyecta la señalización hacia la corteza primaria correspondiente, como sucede con las aferencias táctiles, las visuales y las auditivas y 2) la que no utiliza al tálamo, como sucede con la vía olfatoria (Alvano S.A. *Neurobiología del miedo y la ansiedad*. En *Psicofarmacología clínica y sus bases neurocientíficas*).

Numerosos estudios coinciden en que en la Esquizofrenia existe una disminución de volumen del complejo hipocampo-amígdala y giro temporal superior (Nelson et al., 1998; Wright et al., 2000; Matsumoto et al., 2001). A nivel del córtex prefrontal se observa una reducción

² Basile A. *Diccionario de Psiquiatría Forense*. 1ª ed. Buenos Aires. Tribunales Ediciones, 2015.

significativa del volumen total de la sustancia gris en primeros episodios de pacientes con esquizofrenia en comparación con controles sanos (Wible et al., 2001).

En un estudio con una muestra de pacientes psicóticos homicidas declarados inimputables, Raine, Buchsbaum y Lacasse (1997), utilizando la técnica de tomografía por emisión de positrones (TEP), encontraron una asimetría anormal en la actividad de la amígdala, mostrando la amígdala izquierda una actividad reducida y la derecha una actividad aumentada.

Blake y col.(1995) , examinaron a 31 asesinos durante sus apelaciones, aguardando sentencias por asesinato, o esperando juicio después de confesar sus crímenes, incluyendo en estos exámenes electroencefalogramas (EEG), resonancia nuclear magnética (RMN) o tomografía axial computada (TAC), así como test neuropsicológicos. Estos investigadores reportaron que de los 31, ninguno presentaba resultados normales en todas las esferas, encontrándose evidencia de alteraciones frontales en 64.5% de los casos, y 29% presentaban alteraciones del lóbulo temporal. Los estudios de neuroimagen de nueve de 19 sujetos estudiados mostraron atrofia cerebral o cambios en la sustancia blanca. Los EEG fueron anormales en ocho de 20 pacientes. Ocho pacientes fueron diagnosticados como esquizofrenia paranoide, cuatro con un trastorno disociativo y nueve con depresión mayor. Además de sus problemas médicos, 83.8% de los sujetos tenían antecedentes de abuso severo y 32.3% de abuso sexual. Este grupo de pacientes incluía pandillerismo, rapto, robo, asesinatos en serie, asesinatos en masa, un sujeto mató a un hijo pequeño y otro mató a tres familiares

Los conocimientos actuales sobre la fisiología del cerebro y de la función de los neurotransmisores, los aspectos psicobiológicos y clínicos contemporáneos, permiten una mejor comprensión de los factores cerebrales subyacentes en la conducta anormal, en este caso la que, reforzada por circunstancias ambientales y de desarrollo físico y social, forman una cadena de elementos que facilitan que los sujetos afectados desde su infancia, desarrollen conductas asociales que posteriormente evolucionan a comportamientos francamente antisociales, los cuales, merced a estos hallazgos, pueden ser objetivos de acciones preventivas, terapéuticas y de rehabilitación.

La neurobiología y el hoy llamado "neuroderecho" crean un nuevo constructo para entender la conducta humana tan compleja, creando un amplio campo de aplicación de la Psiquiatría Biológica en el estudio y solución de problemas eminentemente sociales mediante la comprensión del funcionamiento del cerebro anormal en el manejo de la agresión y de la conducta social normal y anormal.

- **PSICOGÉNESIS DE LA CONDUCTA DELICTIVA EN ESQUIZOFRENIA**

Desde los inicios de la sociedad organizada fue una preocupación constante el encontrar una explicación a aquellas conductas que perturbaban el orden social establecido. Así se avanzó en la explicación y comprensión de estas conductas desde las concepciones morales en las que se concebía al individuo que cometía un delito como un sujeto incapaz de aceptar las reglas de buena convivencia por falencias en su constitución moral.

En una segunda etapa, y con el desarrollo de las ciencias de la conducta, fundamentalmente la psiquiatría, comenzó a desarrollarse una serie de hipótesis explicativas del delito, que lo concebían como producto de una patología.

Con el reconocimiento de la influencia de las condiciones sociales en la producción de este tipo de conductas disfuncionales, comenzó a desarrollarse la sociología criminal, que atribuía a las condiciones sociales una influencia determinante en la producción y mantenimiento de las condiciones delictivas.

Estas posiciones teóricas que oscilaban entre los extremos de una individualidad caracterizada por la patología, a una sociedad con características particulares que producía delincuencia, y ante la evidencia de que estas explicaciones no brindaban una verdadera comprensión del fenómeno, comenzó a considerarse las características de la interacción del individuo con su medio ambiente, analizando tanto la participación de las características personales como las sociales en la producción de este tipo de conductas. (Lupiañez H, 2008)

En su *Tratado de Criminología Clínica*, Alejandro Basile define a la misma como el estudio científico de las causas endógenas (somáticas, funcionales o psíquicas), que propician o generan delitos o acciones humanas peligrosas para las personas u otros bienes jurídicos tutelados por la ley.

Según Emilio F.P. Bonnet, la *psicogénesis delictiva* es el estudio y el posterior diagnóstico del mecanismo psíquico en virtud del cual un individuo, psíquicamente normal o anormal comete un delito.

Podemos diferenciar una psicogénesis delictiva psicológica y otra patológica (sujetos psíquicamente normales y personas alienadas respectivamente)

El criterio psiquiátrico de la psicogénesis se aplica fundamentalmente en nuestro estudio a los estados de alienación mental. Se circunscribe a los alienados delincuentes, o "delincuentes locos", de la clasificación de Enrico Ferri en su método sociológico.

Nerio Rojas describe los homicidios por reacción brusca post-alucinatoria, respecto a los cuales, en general, se trata de alucinaciones imperativas, frecuentes en las esquizofrenias, en las que el enfermo recibe mensajes u órdenes de ejecutar determinados actos, en forma generalmente inmediata.

El paciente esquizofrénico suele sentirse perseguido, perjudicado o amenazado de muerte por lo que es comprensible que actúe en su defensa, quedando anulada su comprensión de los hechos ilícitos. En cuanto a las funciones volitivas, la voluntad y el control de la conducta quedan totalmente condicionados por la vivencia psicótica. Así, la conducta violenta

frecuentemente es absurda, sin un móvil claro, incomprensible, poniendo en peligro incluso la propia vida y sus bienes.

Salvo algunos casos concretos de delincuentes en masa o en serie, frecuentemente la violencia es "endonuclear", es decir, ejercida sobre algún familiar cercano o cuidador, pero no sobre gente desconocida. Se trata de crímenes sin historia, así llamados porque el sujeto no tenía conflictos previos con la víctima o estos eran aparentemente de poca importancia. El crimen suele ser efectuado de forma impulsiva, ansiosa, sin planificar ni conversar con la víctima, dejando muchos indicios en el lugar de los hechos (Esbec, 2005; Joyal, Putkonen, Paavola y Tiihonen, 2004).

El fenómeno criminal requiere atención desde los orígenes de la conducta y no solo cuando se ha convertido en delito tipificado con las consecuencias de víctimas y daño a la sociedad; es decir: hay que estudiarlo a profundidad para comprenderlo. Por ello, se plantean las siguientes estrategias:

- Estudio multifactorial de la criminalidad
- Más inversión en la prevención social del crimen
- Aumentar la capacidad de personal e infraestructura penitenciaria para un correcto diagnóstico y tratamiento
- Disminuir las penalidades de acuerdo a las características del delito y de la personalidad del criminal
- Estrategias de reinserción social

II- DESARROLLO

a) ESQUIZOFRENIA, VIOLENCIA Y CRIMINALIDAD.

Los resultados en diversas investigaciones en el área de la psiquiatría han sido contradictorios en cuanto a la asociación entre esquizofrenia, violencia y criminalidad.

Es difícil establecer un nexo causal simple entre la esquizofrenia y los actos violentos, siendo los datos disponibles muy variables. En algunos casos estos acontecimientos son consecuencia del trastorno, en otros de la reacción del individuo ante el rechazo social o la discriminación y marginación a los que se ve sometido.

En general, las personas con esquizofrenia no son más violentas que la población general, siempre que estén controladas farmacológicamente, que no hayan sido dadas de alta recientemente, que tengan buena adherencia al tratamiento y no consuman drogas psicoactivas (Echeburúa y Loinaz, 2011). Sin embargo, los delitos violentos más graves, tales como el asesinato múltiple, el asesinato sexual, el homicidio seguido de suicidio o el parricidio, sobre todo si se trata de homicidios agravados con ensañamiento o alevosía, hacen pensar frecuentemente en la presencia de una patología mental relevante.

Desde una perspectiva biológica, si la hiperactividad amigdalina en estos pacientes se torna crónica, la corteza cerebral prefrontal es incapaz de moderar el cerebro límbico y por ende hace indispensable el uso de psicofármacos (Zieher L.M., 2009)

Los pacientes con esquizofrenia sufren frecuentemente una estigmatización social respecto a su posible peligrosidad. La población tiende a atribuir a estos pacientes una conducta imprevisible, a veces agresiva y con frecuencia peligrosa. Todo ello deriva del énfasis puesto por los medios de comunicación en acontecimientos puntuales protagonizados por un pequeño porcentaje de estos pacientes y contribuye a su estigmatización (World Psychiatric Association, 1998).

William Johnson (2011) destacó el carácter preocupante de las enfermedades mentales en general, y de la esquizofrenia en particular, por la relativa falta de atención que estos enfermos tenían en su interacción con los sistemas de justicia. Así, advirtió que las cárceles en Estados Unidos, actualmente, se han convertido en hospitales psiquiátricos de sustitución. Este hecho pone de manifiesto la importancia de conocer y comprender el comportamiento de los esquizofrénicos y su interacción con la justicia. Consideró además fundamental la comprensión de esta enfermedad debido a que es la que más a menudo está en asociación con el comportamiento criminal.

b) PREVALENCIA DE CONDUCTAS DELICTIVAS EN ESQUIZOFRENIA

El estudio de la relación existente entre la esquizofrenia y la criminalidad ha sido ampliamente documentado en diversos países, sin embargo, esta asociación ha sido poco estudiada en la población argentina.

Los estudios realizados antes del período de la desinstitucionalización psiquiátrica mostraban cifras de violencia más bajas entre los enfermos mentales que en la población general. Para algunos autores esto se podía justificar porque la mayoría de los pacientes estaban internados. En las primeras publicaciones post-desinstitucionalización que se realizaron, se obtuvo una mayor incidencia de violencia en pacientes psiquiátricos, pero no se tuvieron en cuenta los factores socio-demográficos desfavorables asociados a esta población. Debemos tener en cuenta que el bajo nivel socioeconómico, el desempleo y la falta de recursos sociales se asocian tanto a la violencia como a la enfermedad mental.

Estudios posteriores que controlaron estas variables en distintos contextos (población general, hospitales, medio carcelario) demostraron una asociación entre enfermedad mental y violencia de menor magnitud que la inicialmente estimada.

- **Estudios en la comunidad**

Existen diferencias estadísticamente significativas cuando se estudian las prevalencias en distintos países y culturas:

Reiger y cols (1990), realizaron un trabajo con una muestra de 20.000 personas de la población general americana en la que el 50% tenían historia de violencia física. De esta forma se pudo identificar la alta proporción de personas con patología psiquiátrica que no acudía a los servicios sanitarios. Con estos datos, Swanson controló otros factores socio-demográficos asociados con la violencia como la edad, el sexo, el nivel socioeconómico y el estado civil y calculó, mediante una regresión logística, la probabilidad de cometer un acto violento en un año en las distintas patologías psiquiátricas. En el caso de la esquizofrenia era 5 veces mayor que la población general.

El grupo de Volavka encontró en una cohorte de 1017 pacientes con esquizofrenia, de los que el 20,6% se veían implicados en ataques violentos, que la proporción de este comportamiento era mucho mayor en países en vías de desarrollo (Colombia, India, Nigeria)(31,5%) que en los desarrollados (10,5%).

Según el meta-análisis de Fazel, Langstrom, Hjern, Grann y Lichtenstein (2009), hay un aumento medio de cuatro veces en la comisión de delitos violentos en los hombres con esquizofrenia en comparación con los hombres sin esquizofrenia. Asimismo, en un estudio reciente realizado en Israel (Fleischman et al, 2014), los pacientes con esquizofrenia tienen más riesgo de cometer delitos violentos en comparación con los sujetos del grupo de control (4.3 veces más de probabilidad en el caso de los hombres y 9.9 veces más en

el de las mujeres). Este riesgo para delitos violentos fue mayor entre los pacientes con abuso de sustancias (5.1 veces más) que en los pacientes sin dicha comorbilidad. Los resultados de estos estudios sugieren que el aumento del riesgo de violencia es parte del cuadro clínico de la esquizofrenia y necesita ser reconocido como esencial en la gestión del riesgo.

Es más probable que el paciente tienda más a hacerse daño a sí mismo que a un tercero. El 10% de los esquizofrénicos acaba suicidándose y, en concreto, saltarse la administración de la medicación multiplica por cuatro el riesgo de suicidio (Arseneault, Moffitt, Caspi, Taylor y Silva, 2000).

Los tipos de conductas delictivas más frecuentemente descritas en pacientes esquizofrénicos son (por orden de frecuencia): violencia doméstica y abuso conyugal, daño a la propiedad, abuso infantil, robo y hurto. (Ghoreishi A, 2015)

Aun cuando no se ha podido establecer una relación causal entre la esquizofrenia y el homicidio, hay informes de que existe un incremento en los índices de homicidio entre las personas con esquizofrenia en una proporción 10 veces mayor que la que se registra en la población general.

La enfermedad mental grave explica tan solo un pequeño porcentaje de la criminalidad violenta en la comunidad, que con aplastante frecuencia se asocia al consumo de sustancias psicoactivas, a la psicopatía y a otros trastornos de la personalidad. Se puede afirmar por ello que la violencia, "per se", no es un síntoma de la esquizofrenia (Esbec y Echeburúa, 2010).

- **Estudios en la población carcelaria**

El supuesto incremento en el índice de criminalidad en la población psiquiátrica, descrito en algunas publicaciones, podría considerarse consecuencia de la desinstitucionalización y de la criminalización del enfermo mental, el cual es transferido a un sistema penitenciario en lugar de referirlo para su atención al sistema de salud. Sin embargo, hay información en el sentido de que la prevalencia de los trastornos mentales en los sistemas penitenciarios es mucho mayor que la encontrada en la población general, en la que, por ejemplo, la prevalencia a lo largo de la vida es del 10% para esquizofrenia, cifra que supera ampliamente a la prevalencia del 1% encontrada en la población general.

Los estudios sobre muestras obtenidas de centros psiquiátricos penitenciarios (por ejemplo, Addad, Benezech, Bourgeois y Yesavage, 1981; Benezech, Bourgeois y Yesavage, 1980) no son representativos de la población general y no controlan adecuadamente ciertas variables (trastorno sobrevenido después del ingreso o simulación, por ejemplo), de tal manera que la clara asociación entre esquizofrenia y homicidio se ha considerado una prueba de la tendencia "psiquiatrización" del comportamiento criminal.

Entre la población carcelaria que ha cometido un homicidio existe una mayor prevalencia de esquizofrenia (entre el 5-10%) y de antecedente de consumo de sustancias (62%). (García Alvarez JC, 2001)

Según Brugha (2005) en su estudio de las prisiones británicas, la prevalencia de la esquizofrenia y la psicosis es más de 10 veces mayor en la población penitenciaria que en la general, las diferencias encontradas no pueden sólo atribuirse a diferencias de edad o de status socioeconómico, los episodios psicóticos en la prisión tienen la misma forma de presentación que el trastorno en la comunidad y 1 de cada 4 presos tenía síntomas psicóticos atribuibles a intoxicación o síndrome de abstinencia de sustancias psicoactivas. Es decir, hay un mayor porcentaje de reclusos con trastorno esquizofrénico en comparación con la población general, los síntomas no difieren a los generales del trastorno y un 25% de ellos se deben a problemas relacionados con las drogas.

Algunos trabajos señalan que, comparado con la población general, los enfermos mentales tienen el riesgo de ser encarcelados (por cometer actos violentos) incrementado 4 veces si son varones y 27,5 veces si son mujeres. Sin embargo se ha calculado que el riesgo de realizar un ataque homicida en las personas con esquizofrenia no es mayor del 0,05% (100 veces menor que el de suicidio).

En el año 2014 una investigación publicada en la revista especializada *Hastings Law Journal* concluye que de los 100 convictos ejecutados con pena de muerte ese año en los Estados Unidos, 18 habían sido diagnosticados con esquizofrenia y que otros 36 tenían "serios problemas de salud mental".

La Asociación Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos calcula que entre el 5 y el 10% de aquéllos que esperan la pena de muerte, tienen trastornos mentales graves, siendo la esquizofrenia el principal diagnóstico.

Gottlieb y col., en un estudio sobre todos los homicidios ocurridos en Copenhague durante un periodo de 25 años encontró que un 20% de hombres y un 44% de mujeres fueron diagnosticados como psicóticos, aunque los resultados indican que el 41% de esas personas también eran consumidores de sustancias tóxicas de forma abusiva. Sin embargo, a lo largo de muchos años de trabajos sobre poblaciones de prisioneros sentenciados, en la escuela de San Louis se ha demostrado que entre ellos existe una alta tasa de sociopatía y abuso de alcohol y drogas, pero no ocurre lo mismo con la esquizofrenia.

Según uno de los psiquiatras del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante, Dr. J. Cáceres, el sistema penitenciario no es un instrumento de integración social, ni sirve para cubrir carencias de salud, pues solo contribuye parcialmente a las políticas de seguridad al controlar temporalmente a enfermos; por lo que estar en prisión, hace que surjan nuevas patologías mentales por las propias condiciones del encarcelamiento. (Cáceres, 2012).

- **Estudios en el medio hospitalario**

La proporción de actos violentos aumenta en este medio dado que su presencia es por sí misma causa de ingreso. En este caso tienen un mayor valor predictivo de violencia las

variables clínicas que las socio-demográficas. Tanke y cols, encontraron que el 8,7% de los pacientes ingresados con diagnóstico de esquizofrenia tuvo al menos un episodio de agresión durante la primera semana.

Un estudio realizado en Uruguay (P. Fielitz y F. Cardozo, 2006), abarcó el estudio de pacientes procesados por homicidio y homicidio en grado de tentativa que ingresaron al Servicio de Seguridad de Hombres del Hospital Vilardebó entre enero de 1994 y marzo de 2002, con un total de 99 pacientes. Se estudiaron, entre otras, las siguientes variables: diagnóstico de Eje I (DSM-IV), diagnóstico de Eje II (DSM-IV), edad, procedencia, imputabilidad, grado de vinculación con la víctima, sexo de la víctima. En los resultados se evidenció que los trastornos relacionados con sustancias fueron tres veces más frecuentes en los imputables respecto de los inimputables para ambos delitos, en tanto que los trastornos psicóticos predominaron en los inimputables, también para ambos delitos. Para los imputables las cifras de trastornos en Eje II (DSM-IV) fueron de 85% para los procesados por homicidio. El alcohol fue la sustancia única de abuso más frecuente para ambos delitos. Los familiares consanguíneos fueron las víctimas más frecuentes de los homicidas inimputables (40.6%). En términos generales estos hallazgos concuerdan con estudios internacionales realizados en poblaciones similares.

Un estudio retrospectivo realizado en Berna en 1987 (Modestin y col), con 282 pacientes varones con diagnóstico de esquizofrenia, se encontró un incremento de entre 3 y 4 veces en el riesgo de cometer un delito violento por parte de tales pacientes en relación con la población general.

En un estudio retrospectivo de cohortes, durante el período 1971-1986 se hizo una evaluación sobre 790 pacientes de ambos sexos con diagnóstico de esquizofrenia y dados de alta en hospitales de Estocolmo en 1971. Los resultados del estudio concluyeron que los esquizofrénicos no cometen más delitos que los esperados en la población general, pero la tasa de conducta violenta se multiplica por 4.

c) FACTORES DE RIESGO Y PREDICTIVOS ASOCIADOS A CRIMINALIDAD.

El riesgo de violencia y conductas delictivas en el paciente esquizofrénico se asocia con distintas variables que se podrían agrupar en cuatro grupos: causas demográficas, antecedentes personales, causas ambientales y variables clínicas.

- Las causas **demográficas** son similares a las de la población general: ser varón, ser joven, bajo nivel socioeconómico, vivir solo, estar desempleado y vivir en grandes ciudades.
- Entre los **antecedentes personales**, la historia previa de violencia es una de las variables más fiables desde el punto de vista predictivo.
- Entre las causas **ambientales** se incluyen los factores estresantes, la falta de apoyo psicosocial y la disponibilidad de armas.
- Las variables **clínicas** son las que tienen un mayor valor predictivo. Entre el 24 y 44% de los incidentes agresivos protagonizados por estos enfermos ocurre durante una reagudización del cuadro. Entre los factores clínicos implicados figuran los tipos paranoide y catatónico de esquizofrenia, la gravedad de la sintomatología, la falta de conciencia de enfermedad con mala adherencia al tratamiento, un mayor número de internaciones, un inicio más temprano de la enfermedad y la duración del tiempo sin tratamiento.

Indicadores clínicos de violencia y criminalidad

Factores sintomáticos

Como posibles factores desencadenantes o inductores de violencia en la esquizofrenia se han señalado la **sintomatología productiva** (delirio y alucinaciones), el pobre control de los impulsos secundario al déficit neuropsicológico, el entorno caótico, un trastorno antisocial de la personalidad de base, el abuso de sustancias, la mala adherencia al tratamiento, una reagudización reciente del cuadro (brote), las alteraciones de la afectividad (disforia, angustia, miedo) y la agresividad verbal manifiesta o latente.

Desde el punto de vista clínico se han descrito **dos tipos principales de violencia en pacientes con esquizofrenia:**

- *Transitoria:* de mayor gravedad, asociada con el componente psicopatológico de la enfermedad en pacientes descompensados.
- *Crónica:* repetitiva y de menor gravedad, con menor influencia del ambiente, que es la que provoca la mayoría de los incidentes violentos. Esta última se da en pacientes resistentes al tratamiento, que son reincidentes en su violencia y presentan disfunciones neurológicas o trastornos de la personalidad asociados al trastorno mental. (Volavka 2002)

Si bien a veces un primer episodio psicótico debuta con actos violentos, principalmente en las formas de esquizofrenia hebefrénica, la violencia en la esquizofrenia se relaciona en primer lugar con la ausencia de tratamiento y el incumplimiento terapéutico (Swartz, Hiday, Borum, Wagner y Burns, 1998). Muchos pacientes con diagnóstico de esquizofrenia (aproximadamente un 70%) son malos cumplidores o cumplidores parciales o erráticos del tratamiento instituido, debido a la frecuente ausencia de conciencia de enfermedad, a

los efectos adversos de los antipsicóticos (neuromotores, sexuales y metabólicos) o simplemente a los síntomas negativos de los casos residuales (Hogarty, 1993).

Respecto a la semiología psicopatológica, es abundante la bibliografía existente sobre la relación entre violencia y **delirios**, especialmente delirios de identificación defectuosa, amenaza o control, y **alucinaciones auditivas**, especialmente las imperativas. La mayoría de los actos violentos cometidos por personas con esquizofrenia se relacionan con la presencia de síntomas psicóticos positivos, es decir, con ideas delirantes persecutorias, alucinaciones auditivas amenazantes o imperativas y otros fenómenos psicóticos. Las ideas delirantes o las alucinaciones auditivas contribuyen al descontrol y a la conducta violenta del sujeto al vivenciar como reales sensaciones o hechos inexistentes pero que resultan ser determinantes de su comportamiento.

Otro punto ampliamente debatido es la hospitalización previa (lo cual presume una existencia de síntomas agudos) como predictor de violencia en el esquizofrénico. Parece existir una mucho mayor incidencia de violencia en pacientes con historia de hospitalizaciones previas que en los que nunca han sido hospitalizados. De hecho, se considera que el número de internaciones previas y la mayor estancia hospitalaria son los mejores predictores de violencia en el paciente esquizofrénico.

Comorbilidades

- Abuso de sustancias

El **consumo de sustancias** supone un mayor riesgo de conductas violentas tanto en individuos sanos como en enfermos mentales graves.

Las sustancias psicotrópicas funcionan como disparador de múltiples delitos en la mayor parte de personas con trastornos mentales (Esbec y Echeburua, 2014). Diversos estudios epidemiológicos encuentran elevadas tasas de prevalencia para el abuso de sustancias en los pacientes psicóticos, que oscilan entre el 25 y el 58% (Vicente, Díaz y Ochoa, 2001). Varios trabajos coinciden en calcular que el riesgo de cometer un delito en los varones con esquizofrenia es 10 veces mayor que en la población general y cuando se asocia a alcoholismo el riesgo pasa a multiplicarse por 17 (80 en el caso de las mujeres). En esta relación parece estar implicada la desinhibición y la afectación de la capacidad de alerta perceptual y cognitiva producidos por la sustancia, con el resultante deterioro de la capacidad de juicio.

Por otra parte, en el contexto de la patología dual se asocian con mayor frecuencia factores directamente implicados con la violencia, como una psicopatología grave, el inicio temprano de la psicosis, un trastorno antisocial de la personalidad, la pobre capacidad de introspección y una mala adherencia al tratamiento.

- Trastornos de la personalidad

Se ha encontrado que el riesgo de presentar personalidad antisocial es del 7,2% de los hombres y 12,1% de las mujeres convictos de crímenes violentos. Por otra parte, diversos autores estiman que la coexistencia de esquizofrenia y psicopatía es alta entre los pacientes esquizofrénicos que tienen una conducta violenta. En un estudio realizado en 1999, aproximadamente dos tercios de los pacientes violentos puntuaban alto en las escalas de psicopatía. (Nolan KA y col, 1999)

Otros factores clínicos de mal pronóstico son la tendencia a la introversión, el carácter esquizoide u otros trastornos de la personalidad, la historia familiar de esquizofrenia, el inicio precoz de la enfermedad, el comienzo sin acontecimientos precipitantes y la falta de apoyo social (Swanson et al., 2006).

En resumen, los principales factores predictivos de comportamientos violentos en las personas con esquizofrenia son: a) una historia previa de violencia o de victimización, con una personalidad premórbida anómala, b) la falta de conciencia de enfermedad y el consiguiente rechazo o abandono del tratamiento, c) los trastornos del pensamiento (ideas delirantes de amenaza/control, de celos o de identificación errónea) y de la sensorpercepción (alucinaciones que implican fuerzas externas controladoras del comportamiento) d) el abuso sustancias e) el aislamiento familiar y social f) varones jóvenes. (Tabla 2).

Factores	Fuentes
<ul style="list-style-type: none"> • Inicio de la enfermedad sin diagnóstico y tratamiento. Pródromos 	<p><i>Yung et al (1996)</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> • Delirios celotípicos, paranoides, de perjuicio. 	<p><i>Nielssen (2015)</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> • Varones jóvenes, trastorno de la personalidad de base, historia de violencia, sin conciencia de enfermedad, mala adherencia a los tratamientos, abuso de sustancias, síntomas depresivos, problemas de conducta en la infancia, antecedentes de abuso físico o sexual. 	<p><i>Nestor et al.(1995)</i> <i>Echeburúa y Loinaz (2011)</i> <i>Dolan et al. (2012)</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> • Trastorno por abuso de sustancias 	<p><i>Fleischman et al. (2014)</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> • Psicopatía e historia de maltrato infantil 	<p><i>Monohan (2002)</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> • Mala adherencia al tratamiento 	<p><i>Elbogen et al. (2006)</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> • Edad juvenil, desesperanza, historial de detenciones previas 	<p><i>Swanson et al. (2006)</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> • Tendencia a la introversión, carácter esquizoide. Antecedentes familiares de esquizofrenia, inicio precoz de la enfermedad. Poco apoyo social 	<p><i>Esbec (2005)</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> • Afectaciones neurocognitivas concomitantes 	<p><i>Krakowski et al. (1999)</i></p>

Estimamos conveniente incluir además a los enfermos con delirios de mecanismo alucinatorio con temas de persecución (no mencionados en el presente cuadro) como un factor que puede incrementar la violencia patológica.

III- ASPECTOS MÉDICO LEGALES.

La interacción existente entre la psiquiatría y la ley es compleja. El sistema legal acude al psiquiatra con muchos propósitos:

- a) para identificar la presencia y naturaleza de la enfermedad mental.

b) para explicar cómo la enfermedad obstaculiza las capacidades del inculpado en un momento dado.

c) para que se evalúe el estado emocional y cognoscitivo del sujeto, y se esclarezca, asimismo, el crimen alegado.³

El papel del psiquiatra dentro del ámbito legal es motivo de controversia y prejuicio en la sociedad, especialmente por la mitificación de su figura en los medios masivos de comunicación o por los casos específicos de inadecuada actuación profesional. Por lo anterior, existe la creencia de que muchos criminales recurren a "la enfermedad mental" para evitar ser castigados, y es común que la sociedad imagine que la defensa permite que los psiquiatras liberen a los criminales del castigo, "disculpándolos" por sus acciones. Sin embargo, la defensa por enfermedad mental sólo se utiliza en situaciones muy específicas.

Con respecto al servicio que brinda el médico psiquiatra acerca del estado mental al momento del hecho delictivo, esta temática fue foco de análisis críticos, interpretaciones variadas y múltiples propuestas legislativas en la historia argentina. Así también ocurrió en otras partes del mundo y en algunas, además, las propuestas legislativas fueron frecuentemente efectivizadas en los códigos. Las controversias tuvieron como eje el tipo de trastorno mental que podría ser causal de inimputabilidad, el grado de deterioro que constituye el umbral para la inimputabilidad, si la formulación de ese umbral se plantea como un test cognitivo o también volitivo y si se consideran solamente aspectos intelectuales o también afectivos.⁴

Más allá de las controversias, la función pericial psiquiátrica en esta cuestión se realiza desde un modelo científico aplicado a lo que establece el Código Penal, evaluando si el sujeto padeció algún trastorno mental al momento del delito y si ese trastorno, en ese momento, alteró su psiquismo como para impedirle comprender la criminalidad del acto o dirigir acciones.

En la Tabla 3 constan distintas temáticas en las que interviene la psiquiatría forense en el ámbito penal

Tabla 3. *Principales momentos y temas psiquiátrico forenses en el Fuero Criminal y Correccional. (Folino, J)*

MOMENTO	TEMA DE LA OPINIÓN PERICIAL
---------	-----------------------------

³ Kaplan H, Sadock B: Comprehensive Textbook of Psychiatry. Vol. IV. Williams and Wilkins, 2763, Baltimore, 1995.

⁴ Folino, J.O. Interfase psiquiátrico judicial. Buenos Aires: Lema. 1994

Investigación	<i>Estado del acusado cercano al hecho</i> <i>Perfil en determinados caso con autor desconocido</i> <i>Estado de la víctima</i>
Proceso	<i>Aptitud para prestar declaración indagatoria y actuar en el proceso</i> <i>Peligrosidad</i>
Veredicto/Sentencia	<i>Estado psíquico en el momento del hecho</i> <i>Peligrosidad</i> <i>Necesidad de internación</i>
Medida de seguridad	<i>Peligrosidad</i> <i>Lugar de asistencia</i>
Cese de la medida de seguridad	<i>Posibilidad de alta a prueba</i> <i>Posibilidad de alta definitiva</i>
Cumplimiento de la pena	<i>Capacidad de adaptación a diferentes lugares de alojamiento y a medidas alternativas a la prisión</i> <i>Peligrosidad</i>

a) Evaluación del riesgo y la peligrosidad

Con frecuencia los psiquiatras, en nuestra práctica cotidiana, nos vemos implicados en valorar el **riesgo de violencia** en los enfermos mentales para evaluar su posible abordaje. Muchas veces se suele maximizar dicho riesgo en pro de la seguridad. Se calcula que para prevenir un solo acto violento se suelen internar seis pacientes con factores de riesgo.

La psiquiatría debe evaluar el estado de peligrosidad de un sujeto que ha delinquido bajo las circunstancias del artículo 34 inciso 1° del Código Penal, para ser internado en un instituto psiquiátrico o para determinar que han cesado las causales que lo tornaron peligroso para ser externado.

La peligrosidad puede ser definida como el comportamiento de un determinado individuo, que con gran probabilidad puede derivar a un daño contra un bien tutelado por la ley o con una conducta que sea reprochable socialmente. Este concepto puede integrarse con dos modalidades:⁵

- **Peligrosidad criminal:** es el juicio de probabilidades para que un sujeto llegue a la comisión de un delito.
- **Peligrosidad social:** es el juicio de probabilidades para que un sujeto cometa hechos antisociales o dañosos. Esto es más amplio que el concepto anterior. Es la capacidad de daño social, que no sería correcto, porque no puede juzgarse antes de la comisión de un delito.

Sin embargo, no debemos confundir el análisis de las variables de predicción de violencia con el concepto de peligrosidad social que, como afirman diversos autores, se trata de un constructo social. La peligrosidad social no es un diagnóstico psiquiátrico ni médico, sino que comprende cuestiones de definición y de juicio jurídico, así como de política social. Según la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) no se ha establecido una competencia científica de la psiquiatría en la predicción de la peligrosidad, por lo que los médicos deben renunciar a juicios concluyentes sobre este campo.

El **estado peligroso** no es privativo de los alienados mentales, dado que puede haber alienados que no se hallen en ese estado e individuos no alienados que revistan peligrosidad. El peligro es de exclusiva valoración psiquiátrica y el estado peligroso es de exclusiva valoración jurídica (Zazzali J.)

El Código Penal Argentino (CPA) estableció históricamente a la "peligrosidad" como criterio para determinar la posibilidad de aplicar una medida de seguridad del Art. 34 del Código Penal.

En ocasiones no es fácil poder evaluar la peligrosidad de una persona, siendo una ardua tarea médico pericial. La dificultad se halla en que se trata de una "probabilidad", tal es así que Jimenez de Asúa define como estado peligroso la probabilidad de que un sujeto cometa o reitere una violación de las normas.

Desde la perspectiva de la psiquiatría forense, solo puede evaluarse un determinado condicionamiento, vale decir que al informar peligrosidad estamos aportando una parcialidad de todo el contexto que la condiciona en una persona, expresando los aspectos psicopatológicos.

En nuestro país se admite la reclusión indefinida e indeterminada de ciertas personas a quienes se atribuye un "estado peligroso", la que continúa fundándose en un principio ajeno

⁵ Covelli, José. Manual de Psiquiatría Forense. 2ª ed. Bs As. Dasyuna Ediciones Argentinas, 2016.

a la ciencia médica y a cualquier enfoque que tenga fundamento en la ciencia psiquiátrica: la peligrosidad. A través de este concepto, muchas veces termina "psiquiatrizándose" el delito pretendiendo transformar a los hospitales en cárceles encubiertas.

El concepto de "*peligrosidad criminal*", puede resultar vago e impreciso, siendo uno de los principales ejes de discusión en esta temática. El mismo proviene del concepto de "temibilidad" (acuñado por Garófalo) y ha sufrido grandes adaptaciones e interpretaciones a lo largo de la historia (Martínez B Marcelo, 2015). Sin embargo, hoy a la luz de las pautas interpretativas dadas, el mismo podría ceder ante el concepto de **riesgo cierto o inminente** que establece la Ley de Salud Mental como criterio para determinar una internación involuntaria en su art. 20. La *internación manicomial* ordenada por un juez en una sentencia penal, conforme al artículo 34 inciso primero, párrafo segundo, atribuida a un "delito patológico", no puede ser cuestionada por ninguna ley o norma que se alegue en contrario.

- **EVALUACIÓN DEL ESTADO PELIGROSO** (Covelli, J)

Se integra la evaluación por los siguientes exámenes:

Examen psiquiátrico que comprende:

- *Psicobiografía*
- *Examen psicopatológico*
- *Estudio de las actitudes sociales*

Examen psicológico que comprende:

- *La evaluación de la inteligencia*
- *La evaluación de la impulsividad*
- *La evaluación de la agresividad*
- *La evaluación de la ansiedad*

- **INDICADORES MÉDICO LEGALES DE PELIGROSIDAD DE LOUDET**

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">- Indicadores médicos: la existencia o no de enfermedad mental- Indicadores psicológicos: características de la personalidad- Indicadores sociales: la existencia de redes primarias y secundarias de contención- Indicadores legales: es la cuantificación del daño inferido |
|--|

- **LA FÓRMULA DE LOS CINCO ELEMENTOS DE CABELLO**

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">- La personalidad- Naturaleza y características de la enfermedad- Momento evolutivo de la misma- Gravedad del delito cometido- Condiciones mesológicas |
|--|

Con respecto al ***diagnóstico de la capacidad criminal***, su conformación se apoya en dos elementos:

- a) ***La nocividad***: si hubo odio o pasión en el curso de los hechos, esto se apoya en dos elementos psicológicos: la agresividad y la indiferencia afectiva.
- b) ***La "intimidabilidad"***: si el sujeto se retuvo por las repercusiones secundarias al acto, o si se condicionó por los sentimientos que rodeó al acto, en términos psicológicos es la labilidad emocional y el egocentrismo.

b) Artículo 34 del Código Penal, inciso 1° y psicosis

La imputabilidad del paciente con esquizofrenia podría excluirse por enfermedad mental, en concurso con otras premisas exigidas por el texto legal del artículo 34 inc.1 (apartado psicológico y momento jurídico)

La alteración morbosa de las facultades es el término jurídico correspondiente a estas afecciones, aunque la amplitud del término no excluye otras afecciones (neurosis o

psicopatías) cuando ellas no permiten comprender la criminalidad del acto o dirigir sus acciones.⁶

A nivel pericial penal, las psicosis constituyen el paradigma de la locura, la enajenación, alienación o alteración psíquica, al tratarse de un trastorno que irrumpe en la personalidad y que implica una pérdida de la conciencia de la realidad y/o de la continuidad histórico-biográfica.

En todos los casos en que se analiza la responsabilidad penal de las personas con diagnóstico de esquizofrenia, se debe establecer el estado médico del paciente en el momento del hecho, determinando si en el transcurso de la franja temporal de los hechos investigados pudo estar afectada su capacidad de comprensión.

Como paso inicial es preciso llegar al diagnóstico, tanto de la variedad clínica como de la fase evolutiva en la que se encontraba el individuo en el momento de los hechos.

En términos amplios, se admite la no responsabilidad de los alienados durante los brotes, sean éstos incapaces de hecho o de derecho. Se entiende que el enfermo mental carece de libertad personal durante ese período. No obstante, el paciente con esquizofrenia no siempre delinque como consecuencia de su psicosis (Esbec, 2005).

Para valorar el nexo causal que se exige entre un delito y la esquizofrenia hay que conectar la semiología con la conducta. En algunos casos puede establecerse con cierta facilidad, teniendo en cuenta el expediente y la historia clínica del sujeto, junto a la concordancia entre la semiología y los hechos denunciados. Sin embargo, en otras ocasiones no es posible porque las cadenas causales son largas, confusas y distorsionadas por factores externos u otras concausas. Es decir, con cierta frecuencia no existe la posibilidad de determinar exactamente el grado de perturbación de las funciones cognitivas y volitivas de un paciente en un momento determinado.

Es esencial efectuar una buena anamnesis para valorar aspectos psicobiográficos, antecedentes familiares, la personalidad de base, el análisis del apoyo familiar y social que tiene o necesita el paciente, los antecedentes de conductas violentas, el contexto sociocultural y económico, la conciencia de enfermedad, la adherencia a tratamientos y las posibles afectaciones neuropsicológicas (muy relevantes para Krakowski, Czobor y Chou, 1999). Habitualmente, el enfermo psicótico crónico con un historial acreditado tiende a la inimputabilidad total. Sin embargo, toda forma de esquizofrenia no excluye la imputabilidad. Hay que estudiar cada caso sin hacer generalizaciones. La valoración respecto a la imputabilidad dependerá de la magnitud del defecto y de la relación causal con el delito.

En los casos de esquizofrenia residual, o en los llamados defectos esquizofrénicos con predominio de sintomatología negativa, es más compleja la estimación de la comprensión, dado que las esquizofrenias no comprometen inicialmente las funciones superiores siendo lo manifiesto el compromiso de la afectividad y la desvitalización. En estos casos debe buscarse la motivación, si la conducta es lógica, si es comprensible, si existe sentido. En consecuencia es necesario correlacionar el examen psicosemiológico y la intensidad del defecto con la conducta disvaliosa que se le atribuye.

⁶ Basile A. Fundamentos de Psiquiatría Medicolegal. Buenos Aires. Ed El Ateneo, 2001.

Es importante aclarar que no es el psiquiatra quien toma la decisión final en torno a la imputabilidad o inimputabilidad del sujeto, sino el juez, quien determina la responsabilidad legal del autor del hecho.

Respecto a las conclusiones forenses en la jurisdicción penal, el perito tiene que aclarar, si es posible, los siguientes puntos:

- 1) si está acreditado que el procesado padece un cuadro psicótico y su gravedad; si no puede acreditarse, el perito puede expresarse en términos de probabilidad.
- 2) cuándo se inició la psicosis y si tras el estudio clínico documental es probable que estuviese descompensado en el momento de los hechos.
- 3) si existe comorbilidad con otros trastornos, especificando cuáles.
- 4) el perito, en este punto, debe señalar cómo y cuánto afecta esta patología a las facultades cognitivas (comprender la ilicitud de los hechos) y/o volitivas (adecuar su conducta a dicha comprensión, voluntad, motivaciones y autocontrol).
- 5) evaluación del riesgo de violencia y gestión del mismo.
- 6) competencia para declarar.
- 7) finalmente, presentar la propuesta de una medida de seguridad terapéutica, a valorar caso por caso.

c) Ley de Salud Mental (26.657)

En nuestro sistema legal las personas con discapacidad mental se encuentran reguladas por la ley de Salud Mental 26.657 (publicada en el Boletín Oficial el 3 de diciembre de 2010) destinada a las personas con trastornos mentales.

La misma introduce una serie de novedades en la noción de salud mental y en las prácticas inherentes a su campo. Trata cuestiones relativas a la internación voluntaria e involuntaria y constituye la norma que reglamenta la atención integral en salud mental, de la cual la internación constituye uno de los posibles recursos terapéuticos (el excepcional y restrictivo).

Las internaciones se clasifican en voluntarias e involuntarias, siendo el factor determinante la existencia del consentimiento de la persona y su mantenimiento durante la internación.

El énfasis en la "desmanicomialización" es muy fuerte en todo el texto, con un sesgo ideológico y político. Por otro lado la distinción entre internaciones voluntarias e involuntarias resulta confusa en la ley, lo cual trae dificultades en el plano de la responsabilidad frente al daño que el paciente se haga o produzca a terceros (Dr. Andrés Mega. Conferencia *Quo Vadis Salud*, 2012.)

En muchos países se está revirtiendo la experiencia de cerrar los hospitales psiquiátricos y poner a los pacientes en la calle. Los resultados no fueron los esperados, sobre todo en una sociedad no preparada para recibirlos desde todo punto de vista. Basta el ejemplo de Estados Unidos con el incremento de los "homeless" y lo sucedido en Los Ángeles, donde muchos pacientes psiquiátricos terminaron en la cárcel por cerrarse las instituciones psiquiátricas estatales.

En Estados Unidos, el 22% de los presos son esquizofrénicos. ¿Cómo puede ser que un esquizofrénico vaya a parar a la cárcel si es un enfermo mental?. Si cierran los hospitales psiquiátricos esto mismo podría pasar en la Argentina. (Dr. Alberto Monchablón, Conferencia *Quo Vadis Salud* – Mesa de Salud Mental 5 de octubre de 2011. Nota publicada en la Revista Médicos; N° 67, Diciembre 2011).

En cuanto a las internaciones, en ningún punto de la ley se especifica cómo se mide o plantea el riesgo cierto e inminente.

d) Ley de Salud Mental e inimputabilidad

La implementación de la nueva Ley de Salud Mental (LSM) a escala nacional ha implicado en los últimos tiempos la revisión y la transformación de las prácticas profesionales que se ejecutan en el campo de la psiquiatría y el derecho.

Estas modificaciones también alcanzan la problemática de las personas que (después de la comisión de un hecho delictivo) son declaradas inimputables por razones de salud mental.

Existen marcadas dificultades de interpretación que se derivan del encuentro entre dos normativas vigentes: la nueva Ley de Salud Mental (LSM) y el artículo 34 inciso 1° del Código Penal Argentino (CPA).

La LSM no fue clara al determinar su aplicación a los supuestos alcanzados por el art. 34 inc. 1 del Código Penal. Sólo menciona al Código Penal en una sola oportunidad y en forma tangencial en el artículo 23: *El alta, externación o permisos de salida son facultad del equipo de salud que no requiere autorización del juez. El mismo deberá ser informado si se tratase de una internación involuntaria, o voluntaria ya informada en los términos de los artículos 18 o 26 de la presente ley. El equipo de salud está obligado a externar a la persona o transformar la internación en voluntaria, cumpliendo los requisitos establecidos en el artículo 16 apenas cesa la situación de riesgo cierto e inminente. Queda exceptuado de lo dispuesto en el presente artículo, las internaciones realizadas en el marco de lo previsto en el artículo 34 del Código Penal.*

Podemos concluir que si la regla contenida en el art. 23 "externación automática" no es aplicable a los sujetos contemplados en el art. 34 del CPA y fue necesario contemplar esa excepción expresamente. Debe inferirse que el resto de la LSM, si es aplicable a las personas que se encuentran dentro de las previsiones del mentado artículo del CP. En este sentido puede interpretarse que las personas internadas en el marco de una medida de seguridad, gozan en forma íntegra de todos los derechos establecidos por la ley de salud mental. En resumen, a la luz de la LSM debe entenderse que las llamadas "medidas de seguridad" del art. 34 inc. 1 del CPA, son internaciones involuntarias (reguladas en la LSM) y como tales su razón de ser ya no radica en proteger a la sociedad frente a un sujeto peligroso, sino en su finalidad terapéutica.

En los casos de inimputabilidad, la evaluación de la persona está a cargo del equipo interdisciplinario forense, que corresponde al Poder Judicial.

En tanto, la determinación del tratamiento y del centro asistencial más adecuado para la terapéutica es responsabilidad del equipo del sistema de salud que corresponda a la jurisdicción.

e) Las medidas de seguridad

Las medidas de seguridad previstas en el CPA para sujetos no imputables no han merecido suficiente atención por parte de la doctrina. Mientras la doctrina y jurisprudencia fue evolucionando en lo que hace al respeto de garantías para los penados, en materia de medidas de seguridad lamentablemente nos hemos quedado atrapados en el tiempo.

Las llamadas medidas de seguridad para los inimputables que contempla el Código Penal Argentino en el artículo 34, contienen dos tipos de medidas. Por un lado contamos con la llamada reclusión manicomial, prevista en inciso 1, segundo párrafo que dispone: "En caso de enajenación, el tribunal podrá ordenar la reclusión judicial, con audiencia del Ministerio Público y previo dictamen de peritos que declaren desaparecidos el peligro de que el enfermo se dañe a sí mismo o los demás". Está claro, entonces, que esta medida se aplica para los autores de hechos que no puedan ser penados en razón de su "enajenación mental". El término *enajenación mental* debe ser considerado como "enfermedad mental", de allí que la medida está prevista para los autores que al padecer insuficiencias en sus facultades mentales o alteraciones morbosas de las mismas, hayan obrado sin capacidad de culpabilidad. La otra medida prevista en el Código Penal es la reclusión en establecimientos especiales, regulada por el tercer párrafo del artículo 34 el que prescribe: "En los demás casos en que absolviera a un procesado por las causales del presente inciso, el tribunal ordenará la reclusión del mismo en un establecimiento adecuado hasta que se comprobare la desaparición de las condiciones que le hicieren peligroso". El Código, además del lugar en donde deben cumplirse, establece una diferencia muy importante entre ambas. Mientras la imposición de la reclusión manicomial es optativa, con relación a la reclusión en establecimiento adecuado, la aplicación de la medida es obligatoria para el juez. La medida de seguridad sólo puede cesar una vez acreditada la desaparición de la peligrosidad.

De acuerdo al CPA la medida de seguridad culmina cuando desaparece la peligrosidad del inimputable o bien cuando la peligrosidad es tan mínima que ya no es necesaria la internación.

Pero suponiendo que la peligrosidad del sujeto sigue exigiendo su internación, según la ley, la medida de seguridad debe continuar indefinidamente y sólo puede cesar una vez acreditada la desaparición de la peligrosidad. Esto llevó a la doctrina internacional a considerar que las medidas son absolutamente indeterminadas en el tiempo, por lo que no es posible establecer ningún límite temporal.

El CPA actual le deja al juez un margen de discrecionalidad para disponer la internación de la persona sin límite de tiempo y más allá del tipo de delito en cuestión. La única indicación del texto vigente es que esa internación solo puede concluir si un examen de peritos determina que ha "desaparecido el peligro de que el enfermo se dañe a sí mismo o a los demás." Suele suceder en particular cuando los involucrados son personas de escasos recursos, que ese momento nunca llegue.

En estos casos la internación se termina prolongando más tiempo incluso del que le habría correspondido en el supuesto de haber sido condenado a cumplir el máximo de lo previsto para el delito cometido.

La condición de ausencia de "peligrosidad" es de cumplimiento imposible, porque nadie puede pronosticar a ciencia cierta la conducta de una persona (tenga o no un diagnóstico por un padecimiento mental). (Robles, Gabriela Leticia. 2015)

f) La internación involuntaria ante el riesgo efectivo

La LSM que nació hipotéticamente para restituir derechos de pacientes con enfermedades mentales en muchos casos, muy por el contrario, hoy termina vulnerándolos. Sobre todo en

pacientes con riesgo para sí o terceros sin la capacidad para decidir libremente, como es el caso de muchas personas con trastorno por abuso de sustancias.

Dicho de otra manera, con su realismo mágico la ley de salud mental logró autoexcluir al Estado de tutelar y garantizar el derecho a la salud y el bienestar de estas personas. Desde el disfraz de lo políticamente correcto se ha logrado instalar una estrategia tan absurda como paradójica, un círculo vicioso que proclama libertad de decisión en aquellas personas que, debido al consumo problemático de sustancias psicoactivas u otra condición psicopatológica, se encuentran impedidas de decidir con plena libertad sobre sí mismas. Bajo el paraguas de esas libertades viciadas, la LSM determina que toda restricción o internación compulsiva implica un acto violatorio de derechos humanos. Pero la idea de demonizar esa modalidad de tratamiento, como si fuera un fin en sí mismo y no un recurso más entre otros tantos recursos de rehabilitación por, coloca a los profesionales intervinientes ante la disyuntiva de incurrir en una privación ilegítima de la libertad, o bien de hacer abandono de persona. Siempre prevalece lo segundo. "La perspectiva de derechos no debería anteponerse a la perspectiva de salud, especialmente en situaciones de riesgo efectivo" (Esteban Wood, julio de 2018)

g) Evaluación de la simulación de psicosis

El paciente psicótico puede intentar engañar al perito y a los jueces. Al respecto, cabe decir que el paciente psicótico crónico puede ser muy inteligente y "aprovecharse" de su diagnóstico previo acreditado y sentirse "justificado" en todos los casos para delinquir, con un móvil claro y suficiente nivel de conocimiento y voluntad en beneficio de su persona. En este sentido es importante aclarar que no todos los actos que realizan los psicóticos tienen su origen en su psicosis, a excepción de ciertos cuadros clínicos muy avanzados en los que la psicosis impregna todas las conductas del sujeto. Habrá por ello que aclarar si en el momento de la acción se encontraba compensado o descompensado.

La psicosis simulada no va a ser fácil en la práctica. El paciente simulador deberá poseer ciertos conocimientos de psiquiatría, deberá tener la constancia de mantener en pie sus síntomas sin equivocaciones o inconsistencias de una anamnesis a otra y deberá simular al mismo tiempo todo un cortejo de síntomas. El estudio de la posible simulación debe ser tenido en cuenta en la evaluación.

Hay ciertos signos de sospecha: el incentivo externo, casi siempre presente en asuntos judiciales, permite diferenciar la simulación de los trastornos facticios. El simulador de psicosis, por lo general, referirá un cuadro clínico muy alarmante con síntomas burdos, de curso no habitual o contradictorios (demencia, personalidad múltiple, alucinaciones de comando, alucinaciones visuales), que no encajan bien en la nosología, siendo raro encontrar síntomas más sutiles (fenómenos de robo o imposición del pensamiento, neologismos, etc.). A veces, en su sobreactuación, añade al cuadro clínico un deterioro cognitivo.

Su relato carecerá de un componente vivencial, afectivo, acorde con sus manifestaciones. Es posible que no sepa ubicar las voces o imágenes que refiere percibir o planteará dudas sobre la cualidad de las mismas. El relato, a través de las diferentes entrevistas, resultará demasiado monótono, repetitivo, "aprendido" más que "vivenciado". En la simulación no se encontrará en

la anamnesis una historia clínica concordante ni una personalidad premórbida acorde con el cuadro clínico. El testimonio será muy estructurado o meticulosamente consistente, estable en el tiempo, y sin embargo carecerá de detalles generales o extrañeza del yo.

Se expone a continuación una guía orientadora de simulación en las psicosis, diseñada por el Dr. Delgado Bueno:

GUÍA ORIENTADORA DE SIMULACIÓN EN LAS PSICOSIS (Delgado Bueno)

- a. Sobreactúan, simulan tal como la conoce.
- b. Ansiosos en llamar la atención.
- c. Para los simuladores de la esquizofrenia es más difícil imitar la forma que el contenido del pensamiento.
- d. Son psicosis atípicas, juntan síntomas de varias psicosis.
- e. Delirios de brusco comienzo.
- f. Es improbable que el delirio condicione la conducta.
- g. Cuenta historia inverosímil.
- h. Se contradicen.
- i. Se presentan libres de culpa en su enfermedad.
- j. Repiten las preguntas e incrementan el tiempo de latencia para darse tiempo a la respuesta que les parece más adecuada.
- k. En los delitos sin motivación debe sospecharse la presencia de enfermedad.
- l. Inexistencia del correlato afectivo en las alucinaciones.

IV- CONCLUSIONES

Aunque gran parte de la violencia y las conductas delictivas de nuestra sociedad no están relacionadas con la enfermedad mental y la mayoría de los pacientes con el diagnóstico de esquizofrenia no son violentos, estudios recientes han confirmado que estas variables presentan una asociación significativa. Su magnitud es pequeña y afecta a un porcentaje muy bajo de pacientes, al compararla con el resto de la sociedad, pero los actos violentos llevados a cabo por estos pacientes son inexplicables para la población y la alarma social

que generan es importante. Todo esto contribuye a una mayor estigmatización y a la sobreutilización de medidas restrictivas.

La violencia cometida por las personas con esta condición representa solo un pequeño porcentaje de los delitos violentos en general. Sin embargo, la esquizofrenia mal controlada farmacológicamente, con consumo de drogas y con otros factores biopsicosociales de riesgo, indiscutiblemente predispone a la violencia. Es decir, los principales factores asociados a la violencia en la esquizofrenia son la mala adherencia al tratamiento y la comorbilidad con el abuso de sustancias, circunstancias que resultan relativamente habituales en este cuadro clínico. Esto tiene implicancias para las personas que conviven con estos pacientes, los cuidadores y los profesionales de salud mental.

El estudio de la agresividad y de los factores asociados con su manifestación, tales como la severidad de la sintomatología psicótica, la vulnerabilidad genética, la personalidad y el ajuste premórbido, permitirá tener un mayor conocimiento de la representatividad de la esquizofrenia en los índices de criminalidad de nuestro medio.

La magnitud de la asociación entre violencia, crimen y esquizofrenia es modesta en comparación con el resto de las variables socioeconómicas y demográficas.

A pesar de nuestro conocimiento de los factores relacionados con el aumento del riesgo de violencia y la existencia de tratamientos eficaces para mitigar este riesgo en la población general, se carece de instrumentos de evaluación del riesgo válidos para los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia.

Se requieren estudios sistemáticos controlados para demostrar la relación causal entre la esquizofrenia y la violencia, o probar la eficacia de diferentes estrategias terapéuticas.

No sólo hace falta realizar estudios que asocien la esquizofrenia con la criminalidad en nuestro medio, sino que indiquen también, la presencia y severidad de la agresividad, ya que esta variable es la que conduce a la comisión de actos violentos o criminales.

Es importante no confundir el análisis de las variables de predicción de violencia con el concepto de peligrosidad social que, como afirman diversos autores, se trata de un constructo jurídico y de política social y que en su predicción la psiquiatría no ha demostrado su competencia científica.

Respecto a la imputabilidad, hay que establecer el nexo causal entre la semiología y la conducta. Aunque la tendencia natural es hacia la eximente completa, los actos criminales cometidos por pacientes esquizofrénicos no necesariamente están asociados a sus trastornos en algunos casos.

Existen dificultades en nuestra práctica cotidiana como psiquiatras desde el punto de vista médico legal en torno al abordaje de los pacientes declarados inimputables. Las mismas derivan del encuentro entre dos normativas vigentes: la Ley de Salud Mental y el artículo 34 inciso 1° del Código Penal.

La Ley Nacional de Salud Mental fue reglamentada sin el aval de ninguna de las principales asociaciones de psiquiatras de nuestro país y sin los recursos necesarios para poder aplicarla: son casi inexistentes los dispositivos intermedios ambulatorios (casas de medio camino, hogares terapéuticos, etc.). La misma dispone el cierre de los hospitales

monovalentes en vez de su refuncionalización, lo cual considero más adecuado. Tomando las palabras del Dr. Néstor Marchant, debemos pensar qué tipo de hospital queremos. Instrumentar y generar los cambios técnicos y culturales que ello implica, tomando en cuenta que también deben producirse cambios político-sociales que apoyen las modificaciones necesarias para estas transformaciones.

Para la aplicación de distintas medidas sanitarias y sociales aún es necesario avanzar en la investigación de esta problemática de forma que podamos conocer que es lo que diferencia a los pacientes que actúan de forma violenta del resto. Existen numerosas dificultades metodológicas y además debemos tener en cuenta que estos pacientes suelen presentar otros factores agregados (como el abuso de sustancias) asociados con las conductas delictivas.

Además del tratamiento psicofarmacológico, intervenciones como la terapia cognitivo-conductual, el entrenamiento en habilidades sociales y la psicoeducación son abordajes beneficiosos en este tipo de pacientes.

Parte de la prevención de la violencia se basa en el desarrollo de programas comunitarios fomentando un vínculo terapéutico estable y responsable.

Por último considero que es necesario remarcar la importancia de las intervenciones psicosociales orientadas a corregir las circunstancias ambientales que favorecen la agresividad y las conductas violentas de estos pacientes, como ser la marginalidad, las familias disfuncionales y el abuso de sustancias.

De alguna manera, la sociedad sólo recuerda que la enfermedad mental puede ser peligrosa cuando aparece un caso resonante, luego vuelve a olvidar y no se toman medidas de prevención como la psicoeducación a la población en materia de esquizofrenia. Parece que si la negamos deja de existir, pero la realidad siempre nos alcanza.

V- BIBLIOGRAFÍA

1. Arseneault, L., Moffitt, T. E., Caspi, A., Taylor, T. J. y Silva, P. A. (2000). Mental disorders and violence in a total birth cohort: results from the Dunedin Study. *Archives of General Psychiatry*. 2000; 57: 970–986.
2. Basile A. *Criminología Clínica*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Tribunales Ediciones. 2018
3. Basile A. *Tratado de Psiquiatría Forense*. 1ª ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Cathedra Jurídica. 2019.

4. Blake P. The Mind of Murderers: New Research. *Crime Times*. 1995; 1(4): 1-6. 41.
5. Blake P, Pincus JH, Buckner C. Neurologic abnormalities in murderers. *Neurology*. 1995; 45: 1641-7.
6. Blomhoff S, Seim S, Friss S. Can prediction of violence among psychiatric inpatients be improved? *Hospital and Community Psychiatry*. 1990; 41:771-5.
7. Echeburúa, E. y Loinaz, I. Violencia y trastornos mentales. En P. García Medina, J. M. Bethencourt, E. Sola, A. R. Martín, y E. Armas (Eds.), *Violencia y psicología comunitaria. Aspectos psicosociales, clínicos y legales* 2011; 1–22.
8. Eronen M, Tiihonen J, Hakola P. Schizophrenia and homicidal behavior. *Schizophrenia Bull*. 1996; 22:83-9.
9. Esbec, E. y Echeburúa E. Violencia y esquizofrenia: un análisis clínico-forense. *Anuario de Psicología Jurídica*. 2016; 26:70–79.
10. Folino, J.O. La inimputabilidad por trastornos mentales y la Psiquiatría Forense Comparada. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de America Latina*. 1997; 43(2):112-7.
11. Fresán A, Tejero J, Apiquian R, Lozaga C, García M, Nicolini H. Aspectos penales y características clínicas de la criminalidad en la esquizofrenia. *Salud Mental*. 2002; 5:72-78.
12. García Alvarez J.C., Pérez Martín J. Estudio descriptivo de los pacientes ingresados en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante. *Archivos de Psiquiatría*. 2001; 64:241-60.
13. Ghoreishi A et al. Prevalence and attributes of criminality in patients with schizophrenia. *J. Inj. Violence Res*. 2015; 7(1): 7-12.
14. Gibbons P, Mulryan N, O'connor A: Guilty but insane: the insanity defence in Ireland, 1850–1995. *Br. J. Psychiatry*. 1997; 170:467–472.
15. González Parra S. y cols. Violencia asociada con los trastornos esquizofrénicos. *Archivos de Psiquiatría*. 2008; 71:109-127.
16. Gottlieb et al. Psychotic homicides in Copenhagen from 1959 to 1983. *Acta Psychiat Scand*. 1987; 76:285-292.
17. GUNN J: Criminal Behaviour and Mental Disorder. *Br J Psychiatry*. 1977; 130:317–329.
18. Hafner H y Boker W. *Crimes of violence by Mentally Abnormal Offenders*. Cambridge: Cambridge University Press; 1973.
19. Hodgins S. Aggressive Behavior Among Persons With Schizophrenia and Those Who Are Developing Schizophrenia: Attempting to Understand the Limited Evidence on Causality. *Schizophrenia Bulletin*. 2017; vol. 43 no. 5 pp. 1021–1026.
20. Huertas D, López-Ibor Aliño JJ. *Neurobiología de la agresividad humana*. Barcelona: Ars Medica. 2005; 32-7.
21. Junginger J: Psychosis and violence: the case for a content analysis of psychotic experience. *Schizophr Bull*. 1996; 22(1):91-103.
22. Kaplan H, Sadock B: *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Vol. IV. Williams and Wilkins, 2763, Baltimore, 1995.
23. Lara TH. Aspectos psicobiológicos de la conducta delictiva. *Arch Inst Nal Neurol Neurocir*. 1993; 8: 61-6.
24. Lara TH. *Disfunción cerebral, conducta asocial y delincuencia*. Cd. Juárez, Chih. Ed. Otracara; 2003.

25. Martin JC, Noval D, Moringo A, Garcia De La Concha JA: Factores predictores de agresividad en esquizofrénicos hospitalizados. *Actas Españolas Psiquiatría*. 2000; 28(3):151-5.
26. Martínez B. M. *Derecho y Salud Mental*. Editorial Juris. 2015. Buenos Aires.
27. Modestin J, Ammann R: Mental disorders and criminal behavior. *Br J Psychiatry*. 1995; 166:667–675.
28. Modestin J. Criminal and violent behavior in schizophrenic patients: an overview. *Psychiatry Clin Neurosci*. 1998; 52(6):547-54.
29. Monahan J.: Crime and mental illness: an epidemiological approach. En: *Crime and Justice*. Tonry NMM (ed). Vol 4, University of Chicago Press, Chicago, 1983.
30. Mullen, P. Schizophrenia and violence: from correlations to preventive strategies. *Advances in Psychiatric Treatment*. 2006; 12:239–248.
31. Ortega Escobar J, Alcázar M. Neurobiología de la agresión y la violencia. *Anuario de Psicología Jurídica*. 2016; 26:60–69.
32. P. Fielitz, F. Cardozo. Homicidio y enfermedad mental. *Rev Psiquiatr Urug*. 2006; 70(1):7-14.
33. Raine, A., Meloy, J. R., Bihrlé, S., Stoddard, J., LaCasse, L. y Buchsbaum, M. S. Reduced prefrontal and increased subcortical brain functioning assessed using positron emission tomography in predatory and affective murderers. *Behavioral Sciences and the Law*. 1998; 16:319–332.
34. Reiger DA, Farmer ME, Rae DS et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *Jama*. 1990; 264:2511-8.
35. Rodríguez, J. A., Comentarios a la ley de salud mental. En línea en: <http://www.bibliopsi.org/docs/materias/obligatorias/CFP/juridica/sarmiento/rodriguez%20-%20comentarios%20a%20la%20ley%2026657.pdf>
36. Stahl, S. M. Deconstructing violence as a medical syndrome: mapping psychotic, impulsive, and predatory subtypes to malfunctioning brain circuits. *CNS Spectrums*. 2014; 19:357–365.
37. Steinert T. Schizophrenia and violence: epidemiological, forensic and clinical aspects. *Fortschr Neurol Psychiatr*. 1998; 66(9):391-401.
38. Stueve A: Violence and psychiatric disorders: results from an epidemiological study in Israel. *Psychiatry Q*. 1997; 68:327-342.
39. Swanson JW. Mental disorder, substance abuse and community violence: an epidemiological approach. University of Chicago Press. 1994; 101-36.
40. Swanson, J. W., Swartz, M. S., Van Dorn, R. A., Elbogen, E. B., Wagner, H. R., Rosenheck, Lieberman, J. A. A national study of violent behavior in persons with schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*. 2006; 63: 490–499.
41. Taylor P: Psychiatric disorder in London's life sentenced offenders. *Br J Criminology*. 1986; 26:63-78.
42. Taylor PJ. Schizophrenia and the risk of violence. *Schizophrenia Oxford: Blackwell Science*: 1995.
43. Tihonen J, Isohanni M, Rasanen P, Koironen M, Moring J: Specific major mental disorders and criminality: a 26-year prospective study of the 1966 northern Finland birth cohort. *Am J Psychiatry*. 1997; 154(6):840-5
44. Volavka J, Citrome L, Huertas D. Actualización del tratamiento biológico de la agresión. *Actas Esp Psiquiatr*. 2006; 34:123-35.

45. Volavka J, Laska E, Baker S et al. History of violent behavior and schizophrenia in different cultures. *Br J Psychiatry*. 1997; 171:9-14.
46. Wallace C, Mullen PE, Burgess P. Criminal offending in schizophrenia over a 25-year period marked deinstitutionalization and increasing prevalence of comorbid substance use disorders. *Am J Psychiatry*. 2004; 161(4):716-27.
47. Wessely S: The epidemiology of crime, violence and schizophrenia. *Br J Psychiatry*, (Supl). 1997; 32:8-11.