



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN

CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA LEGAL

"CONDUCTA DELICTIVA EN INDIVIDUOS CON TRASTORNOS
MENTALES RECLUIDOS EN EL CENTRO VARONIL DE REHABILITACIÓN
PSICOSOCIAL"

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

PRESENTADO POR: DRA. LETICIA PLANCARTE ESPINOZA

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN:
MEDICINA LEGAL

DIRECTOR DE TESIS: DR. JOSÉ ÁNGEL RAMÍREZ GUTIÉRREZ

CIUDAD DE MÉXICO

- 2019 -



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.

**“CONDUCTA DELICTIVA EN INDIVIDUOS CON TRASTORNOS MENTALES
RECLUIDOS EN EL CENTRO VARONIL DE REHABILITACIÓN
PSICOSOCIAL”**

Autora: Dra. Leticia Plancarte Espinoza

Vo. Bo.

Dr. Victor Hugo Soto Flores



Profesor Titular del Curso de Especialización en Medicina Legal

Vo. Bo.

Dr. Federico Miguel Lazcano Ramírez



Director de Educación e Investigación



SECRETARIA DE SALUD
SEDESA

CIUDAD DE MÉXICO

DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN
E INVESTIGACIÓN

**“CONDUCTA DELICTIVA EN INDIVIDUOS CON TRASTORNOS MENTALES
RECLUIDOS EN EL CENTRO VARONIL DE REHABILITACIÓN
PSICOSOCIAL”**

Autora: Dra. Leticia Plancarte Espinoza

Vo. Bo.

Dr. José Ángel Ramírez Gutiérrez



Director de Tesis

Médico Psiquiatra Adscrito a la Unidad Médica del Centro Varonil de
Rehabilitación Psicosocial de la Ciudad de México

AGRADECIMIENTOS

A Dios:

Por las metas alcanzadas, por los sueños logrados y por guiar siempre mi camino.

A mi familia:

A mis padres Jaime y María de Jesús, por haberme conducido a lo largo de la vida otorgándome una educación llena de valores que no se aprenden en la escuela, por darme la oportunidad de poder estudiar una carrera y por acompañarme durante toda mi formación profesional brindándome siempre consejos y palabras de aliento a pesar de los tropiezos, este título es también el fruto de todo su esfuerzo. A mis hermanos Rosa Laura y Jaime, mis compañeros de vida que están siempre ahí sin condiciones, agradezco su valioso apoyo a lo largo de mi formación profesional y personal, gracias a ustedes también esta meta pudo cumplirse.

Al Dr. José Ángel Ramírez Gutiérrez:

Por el conocimiento y enseñanzas transmitidas durante mi estancia en el CEVAREPSI, por dedicarme tiempo para que adquiriese conocimientos útiles para mi futuro y por aceptar dirigir este trabajo, dedicándole tiempo y empeño.

A mis compañeros de la Generación 30 de Medicina Legal:

Por ser personas increíbles y hacer de los tiempos difíciles momentos más llevaderos, por su apoyo y amistad con la que sé que contaré por mucho tiempo.

A la Dra. Jacqueline Espinosa Félix:

Por su enorme aportación al presente, compartiendo una gran parte de su tiempo y conocimientos para la obtención de buenos resultados. De igual manera agradeciendo infinitamente su amistad incondicional y apoyo desde nuestra formación de pregrado.

A todos mis docentes:

Por el conocimiento transmitido durante las clases y rotaciones a lo largo de los tres años de la especialidad. Gracias por ayudarme a descubrir que la Medicina Legal realmente es inefable.

ÍNDICE

RESUMEN

INTRODUCCIÓN 1

MATERIAL Y MÉTODOS 17

RESULTADOS 21

DISCUSIÓN 36

CONCLUSIONES 42

RECOMENDACIONES 43

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 44

RESUMEN

Objetivo: Describir las características delictivas, sociodemográficas, y de los trastornos mentales de internos que ingresaron al Centro Varonil de Rehabilitación Psicosocial durante el año 2017. **Material y métodos:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo por medio de un censo donde se incluyeron internos que hubiesen ingresado en el año 2017 y que permanecieran recluidos. **Resultados:** El censo constó de 35 expedientes. La media de edad de los internos fue de 37.8 años, mientras que la de comisión de delito fue de 35.7 años. El 80% eran solteros, el 46% tenían educación secundaria, el 77% tenía otros empleos, en su mayoría oficios. El 83% consumía alguna sustancia, predominando el consumo múltiple (49%). La marihuana fue la sustancia mayormente consumida de manera única y en combinación con solventes. El 54% cometió delitos en contra de las personas en su patrimonio, en su variedad de robo. El trastorno psiquiátrico más frecuente fue la esquizofrenia y de éstos la mayoría cometió robo. El 46% de los internos tuvieron atención psiquiátrica previa a su detención. **Conclusiones:** A pesar de cumplirse el objetivo del estudio, no fue posible establecer una asociación entre delito y enfermedad mental ya que se requiere de variables específicas, de una muestra de mayor magnitud y aleatorizada que permitan aumentar la confiabilidad de la investigación. **Palabras clave:** trastorno psiquiátrico, delito, internos, centro de reclusión psiquiátrica, enfermedad mental, consumo de sustancias

INTRODUCCIÓN

Estar afectado por alguna enfermedad mental supone alta vulnerabilidad psicosocial. Una consecuencia puede ser el hecho de presentar conductas transgresoras delictivas con el consiguiente aumento de probabilidad de entrar en los circuitos judicial-penal-penitenciario. Hay enfermos que cometen delitos y delincuentes que presentan problemas de salud mental. La relación entre enfermedades mentales y conductas delictivas ha sido objeto de estudio a través de los años. En la actualidad se cuenta con algunos artículos realizados en países de América y Europa que aportan datos sociodemográficos y epidemiológicos de pacientes con trastornos mentales que se encuentran en centros penitenciarios o en centros psiquiátricos de reclusión. Se mencionan a continuación algunos aspectos teóricos e investigaciones previas acerca del tema a tratar. Algunas definiciones de utilidad para la comprensión del mismo son:

- **Delito:** es un acto típico, antijurídico, culpable y sancionado con una pena.¹
- **Discapacidad:** se refiere a aquellas personas que tienen deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones con las demás.¹

- **Discapacidad psicosocial:** es aquella que padecen personas con diagnóstico de trastorno mental que han sufrido los efectos de factores sociales negativos como el estigma, la discriminación y la exclusión.²

Las personas con discapacidad psicosocial y los inimputables requieren atención especializada acorde a sus características específicas que limitan su capacidad de conducirse de manera independiente por lo que, tanto en la normatividad nacional e internacional, se ha reconocido que su atención implica necesariamente proveer de las condiciones necesarias que favorezcan los ajustes normativos de operación e infraestructura que permitan alcanzar un nivel óptimo de funcionamiento y de disminución de sus limitaciones para su vida cotidiana, evitando su discriminación y vulnerabilidad.³

Por otro lado, la inimputabilidad es un concepto jurídico que conlleva la ausencia de capacidad para conocer el alcance de los propios actos, por falta de suficiente desarrollo intelectual (insuficiente para los fines de la capacidad de entender y de querer) y por graves anomalías psíquicas. Ésta es resultado de una valoración jurisdiccional.⁴ Las condiciones que conllevan a una imputabilidad disminuida o inimputabilidad se pueden clasificar en 3 grandes grupos.

1. Los trastornos psiquiátricos.
2. Los disturbios mentales o desarrollo mental insuficiente.
3. La grave perturbación de la conciencia.

En cuanto a los trastornos psiquiátricos, se consideran aquellas enfermedades mentales que cursen con psicosis. La psicosis se refiere al síndrome caracterizado por delirio, alucinaciones, pérdida del contacto con la realidad y conducta desorganizada. Puede ser debido a enfermedades mentales como la esquizofrenia, trastorno afectivo bipolar; enfermedades orgánicas como trauma físico, epilepsia del lóbulo temporal, demencia; enfermedades neurológicas o también psicosis ocasionada por el abuso de sustancias. En los otros rubros se tiene a los episodios depresivos y al retraso mental (leve, moderado, grave y profundo). En todas estas condiciones el individuo presenta disminución para comprender adecuadamente el medio que le rodea y para autorregular su conducta por afectación principalmente de las capacidades cognitivas. Por lo general son utilizados por otras personas para cometer los actos ilícitos, por ejemplo, ponerlos a vender o trasladar drogas.⁵

En cuanto a la legislación actual, el Código Penal Federal, en sus artículos 67 y 69 BIS, menciona que el juzgador dispondrá la medida de tratamiento aplicable en internamiento o en libertad, previo el procedimiento correspondiente. Si se trata de internamiento, el sujeto inimputable será internado en la institución correspondiente para su tratamiento. Si la capacidad del autor sólo se encuentra disminuida, se le impondrá hasta dos terceras partes de la pena que correspondería al delito cometido, tomando en cuenta el grado de afectación de la imputabilidad del autor.⁶ Mientras tanto, el Código Nacional de Procedimientos Penales, en sus artículos 414, 415 y 416, refiere que si en la audiencia inicial

aparecen indicios de que el acusado se encuentre en un supuesto de inimputabilidad, cualquiera de las partes podrá solicitar al Juez de control que ordene la práctica de peritajes que determinen si se acredita esta condición y que, en caso de serlo, determinar si la inimputabilidad es permanente o transitoria. Si se comprueba el estado de inimputabilidad del sujeto, el procedimiento ordinario se aplicará observando las reglas generales del debido proceso con los ajustes del procedimiento que en el caso concreto acuerde el Juez de control, escuchando al Ministerio Público y al Defensor, con el objeto de acreditar la participación de la persona inimputable en el hecho atribuido y, en su caso, determinar la aplicación de las medidas de seguridad que se estimen pertinentes. En caso de que el estado de inimputabilidad cese, se continuará con el procedimiento ordinario sin los ajustes respectivos.⁷

Debemos comenzar por definir que son los trastornos mentales, se dice que son entidades que se caracterizan por una combinación de alteraciones del pensamiento, la percepción, las emociones, la conducta y las relaciones con los demás trastornos mentales.⁸ Una de las cuestiones más inquietantes es la contribución de estos trastornos a la producción de delitos. Una revisión bibliográfica sobre enfermedad mental y delito en Europa nos menciona que, entre delito y enfermedad mental pueden darse una variedad de relaciones posibles:

1. Relación escasa o no manifiesta (ej. ladrón deprimido por problemas conyugales).

2. Los trastornos mentales pueden ser causa necesaria pero no suficiente (delito estimulado por preocupaciones delirantes).

3. Trastorno mental y delito íntimamente enlazados en sus orígenes y en sus expresiones (ej. trastornos disociales de la personalidad, parafilias).

4. Las acciones delictivas y sus consecuencias (pérdidas, encarcelamientos) pueden contribuir al desarrollo de trastornos mentales.⁹

Nos dice también que existen factores que pueden influenciar a los individuos implicados en ciertos hechos ilícitos a la perpetración de los mismos:

- **Factores parentales:** se ha visto que una educación rígida y punitiva donde medie la agresión física o verbal pueden marcar a estos sujetos, así como condiciones caóticas en el hogar, divorcio, maltrato infantil, abuso, negligencia, entre otros.

- **Factores socioculturales:** privaciones económicas, desempleo de los padres, vivir en zonas urbanas marginales, falta de una red de apoyo social.

- **Factores psicológicos:** niños malhumorados, agresivos, destructivos e incapaces de desarrollar la tolerancia a la frustración puede conllevar al desarrollo de personas con problemas del comportamiento.

En cuanto a las diversas patologías, la mayor morbilidad de conductas violentas se da en quienes presentan abuso de sustancias tóxicas (10 veces más frecuente), seguidos de trastornos afectivos y esquizofrenia (4 veces más frecuente). Se encontró también un fuerte aumento de violencia en concordancia con el número de diagnósticos en una misma persona.⁹

Una de las primeras investigaciones enfocadas en explorar el grado de relación entre los síntomas de enfermedad mental y comportamiento criminal se realizó en el año 2014. Se menciona que aproximadamente una quinta parte del comportamiento criminal de las personas detenidas está parcial o completamente relacionado con síntomas psicóticos; así mismo, una gran cantidad de pacientes en reclusión cuyos síntomas contribuyeron a su comportamiento criminal, cometieron también al menos un crimen que fue independiente de sus síntomas. Dentro de los hallazgos reportados se observó que un 4-13% del total de crímenes estudiados fueron casi o completamente motivados por síntomas psicóticos y de éstos un 62% correspondieron a pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar.¹⁰

Se ha llegado entonces a varias conclusiones:

- Las personas con trastornos mentales graves tienen más probabilidad de afrontar condenas por delitos violentos y de otro tipo que el resto de los ciudadanos.

- El aumento de esta probabilidad se altera considerablemente por factores locales como la tasa de delincuencia en razón de factores sociodemográficos.
- La personalidad antisocial y el abuso debido a sustancias tóxicas tienen mayor asociación con la infracción que las enfermedades mentales importantes.
- La combinación de trastornos psiquiátricos (particularmente cuando uno de ellos es un trastorno debido al consumo de sustancias tóxicas) puede tener más importancia que una sola categoría de enfermedad mental importante.
- La mayor parte de los delitos cometidos por individuos que padecen enfermedades mentales importantes son de naturaleza menor. La violencia, cuando tiene lugar, es muy probable que se dirija contra un miembro de la familia o personas de su entorno más cercano.¹¹

Para resaltar la importancia del enfoque en la población penitenciaria debemos tomar en cuenta que ésta ha aumentado en la mayoría de los países en los últimos 25 años. Durante 2016 en nuestro país se registró una tasa de 173 personas privadas de la libertad por cada 100 mil habitantes.¹² En España dicha población se ha incrementado a 140 personas por cada 100 mil habitantes con un aumento paralelo de la prevalencia de los trastornos mentales en la misma. Las tasas de población penitenciaria con trastornos mentales comunes duplican las de la población general y cuadriplican las de trastorno mental grave,

convirtiendo los trastornos mentales en centros penitenciarios en un problema de salud pública importante.¹³

Tomando en cuenta la magnitud de la población penitenciaria, en los últimos años se han realizado diversas investigaciones que dan luz en cuanto a características de la conducta delictiva específicamente en pacientes con enfermedad mental en reclusión. Un estudio realizado en el año 2016 con internos de centros de reclusión con diagnóstico de trastorno de personalidad nos proporciona un panorama acerca de los delitos cometidos por los mismos. En este estudio se analizaron un total de 77 sentencias dictadas por la Sala Segunda del Tribunal Superior, correspondiéndose todas a casos de trastornos de personalidad. Se encontró que los tipos penales asociados en las sentencias analizadas fueron: 41 (32.3%) por homicidio, 11 (8.7%) por lesiones, 14 (11%) por agresiones sexuales, 23 (18.1%) por robo, 13 (10.2%) por delitos contra la salud pública y 25 (19,7%) por otros delitos.¹⁴

Una tesis doctoral realizada el año pasado enfocada en la relación de delitos y su reincidencia, menciona que el perfil psicopatológico obtenido de su muestra se caracterizó por internos que presentaron, en su gran mayoría, comorbilidad entre dos o más trastornos, siendo la coexistencia de trastorno mental y trastorno de personalidad el patrón más frecuente. En cuanto al perfil delictivo, los delitos más frecuentes fueron el delito contra la salud pública y el delito por robo con violencia. Se encontró que el consumo de sustancias estuvo

relacionado con los delitos contra la propiedad, el abuso de las mismas con los delitos contra la salud pública y, la dependencia de sustancias con los delitos contra las personas. Así mismo menciona que la relación entre el trastorno mental y el tipo de delito no es muy intensa. Los trastornos del estado del ánimo y los trastornos psicóticos inducidos por sustancias presentan un mayor riesgo de comisión de determinados tipos de robos y, el trastorno depresivo mayor y la agorafobia sin historia de trastorno de angustia presentan un menor riesgo de comisión de delitos contra la salud pública. Se pone de manifiesto la estrecha relación entre el consumo de drogas, la comisión de un delito y el trastorno mental.¹⁵

En un estudio sobre homicidio y enfermedad mental, se encontró que el trastorno de personalidad tipo mixto, junto con el trastorno adaptativo y el de dependencia a múltiples sustancias, fueron los diagnósticos más repetidos.¹⁶ Se menciona también en otra investigación que los pacientes en reclusión con enfermedades mentales son similares, en términos de presentación de síntomas, a pacientes psiquiátricos que no han cometido delitos; y son similares, en términos de pensamientos y comportamientos, a individuos que cometieron crímenes pero que no tienen enfermedad mental alguna.¹⁷

Los estudios enfocados en la gravedad de la psicopatía presentada en pacientes en reclusión comparada con la población general tienden a tener opiniones y hallazgos divididos. En un estudio de 2013 se menciona que las

personas en reclusión tienden a presentar formas más severas de psicopatía y una gran comorbilidad comparados con individuos de la población general.¹⁸ Sin embargo, un estudio realizado en Chile dirigido a establecer los índices de prevalencia de trastornos mentales en población en reclusión, concluyó que los hallazgos no fueron consistentes con la hipótesis de que los trastornos mentales severos son generalmente más prevalentes en prisión, dejando así una opinión dividida en el tema.¹⁹

En nuestro país son escasas las investigaciones sobre el delito y su relación con los trastornos mentales, dentro de éstas una de las más importantes se llevó a cabo en 1998 y fue realizada por Yadeum S. En este estudio se trabajó con una muestra de 98 expedientes que contenían información personal y criminal de sujetos del sexo masculino, mayores de 18 años, que estaban presos en un centro psiquiátrico de reclusión. Dentro de los resultados encontrados se observó que más del 50% de los sujetos eran solteros, con poca escolaridad, con un promedio de edad de 37 años, la mayoría estaban clasificados como primodelincuentes e inimputables y las penas llegaban hasta los 50 años. El delito que sobresalió fue contra la vida, dentro de éste predominó el homicidio violento a los parientes; mientras que las armas punzo cortantes fueron las que más se emplearon.²⁰ Si bien éste estudio se realizó hace 10 años resulta de suma utilidad aún en la actualidad, ya que nos brinda un panorama estadístico de la población psiquiátrica en reclusión específicamente en la población mexicana. Con base en

este estudio cabría la posibilidad de llevar a cabo investigaciones posteriores en el tema.

En cuanto a los trastornos mentales la esquizofrenia es uno de los trastornos más frecuentes en la población penitenciaria. De acuerdo al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), los síntomas característicos de esquizofrenia incluyen alteraciones cognitivas, emocionales y de comportamiento, las cuales pueden incluir ilusiones, alucinaciones, lenguaje y comportamiento desorganizados, así como síntomas negativos, como son la falta de motivación o disminución en las expresiones emocionales, éstos síntomas persisten por al menos 6 meses e involucran la funcionalidad en las esferas laborales, de pareja y de cuidado personal.²¹

Para tomar en consideración las cifras de reclusos con esquizofrenia debemos tener como referencia su prevalencia en la población general, éste dato publicado por los distintos manuales de psiquiatría es de entre 0.5 y 1%, lo cual la posiciona en el segundo lugar, esto por debajo del episodio depresivo mayor.²² Fuentes M en un estudio de revisión, menciona que la prevalencia de esquizofrenia entre internos en centros penitenciarios es entre un 2 y un 4%, es decir, el doble que en la población general. Menciona también que existen tres factores en la relación entre esquizofrenia, delito, y/o violencia que se repite en los diferentes estudios; el principal es la comorbilidad entre esquizofrenia y el consumo de drogas; en segundo lugar, la mala adherencia terapéutica; y por

último los síntomas psicóticos. La mayoría de los pacientes con esquizofrenia que cometen actos violentos en relación con su psicopatología lo hacen en los momentos iniciales de su enfermedad y existen más probabilidades de que el paciente este sin tratar o que el medio más cercano tenga poca información respecto a la naturaleza de la enfermedad o qué hacer en caso de alteraciones de comportamiento. Observó también que esta relación entre delito y síntomas psicóticos productivos suele determinar la violencia ocurrida inmediatamente, antes, o al inicio de un ingreso hospitalario. En situación de descompensación aguda, en cambio, la violencia ocurrida tras el alta se relaciona característicamente con factores de personalidad del paciente y no con síntomas psicóticos.²³

Debido a que existe una gran cantidad de pacientes con trastornos psiquiátricos en problemas legales, es relevante hablar sobre la importancia de su atención oportuna una vez que se encuentran envueltos en una situación de este tipo, pues una vez detenidos es poco probable que se les facilite atención psiquiátrica en caso de ser requerida.

La peritación puede ser importante para orientar la decisión del juez de remitir al recluso a un hospital, a otro centro de la red de salud mental general, o a un centro penitenciario; así mismo el endurecimiento de las penas en este tipo de pacientes es otro hecho que tiende a generalizarse.

En la población penitenciaria el tratamiento enfocado a la salud mental es de suma importancia. En un esfuerzo para incrementar el acceso a los servicios de salud mental disponibles para esta población, investigadores y personal de la salud necesitan trabajar para vencer las barreras existentes en esta población y así poder implementar estos servicios.

La identificación y clasificación temprana de individuos detenidos son necesarias para mejorar el acceso a servicios de salud mental para aquellos que así lo requieran. De igual forma, una adecuada capacitación del equipo de trabajo involucrado en la salud mental, así como el uso de tratamientos basados en evidencia, son necesarios para mejorar la eficacia de los servicios otorgados. La implementación de programas diseñados para facilitar las metas de tratamiento y promocionar una exitosa reinserción de estos pacientes a la comunidad serán fundamentales en esta población.¹⁷

Resulta de suma importancia realizar más investigaciones acerca de las personas con enfermedades mentales en prisión, así como nuevas propuestas para la mejora en los servicios otorgados. Los estudios que se lleven a cabo en el futuro deberán brindar información detallada sobre los antecedentes psiquiátricos, la comorbilidad de padecimientos y el tratamiento recibido en centros de reclusión, así como el apego al mismo.²⁴

En la pericia médico-legal es muy frecuente la exploración y evaluación de enfermos mentales crónicos y graves, entre otras razones, para valorar la

imputabilidad y la conveniencia de internamiento de estos enfermos. Es frecuente además que la comisión de delitos pueda estar relacionada con su situación de aislamiento social. La valoración del médico forense puede ser trascendental en estos casos para la evolución de la propia enfermedad.

Desde el punto de vista médico legal, la psiquiatría forense trata de arrojar luz respecto a los enfermos mentales que incumplen la ley o aquellos que necesitan de la protección de la misma en atención a su enfermedad, por tanto, se solicita la pericia médica o el auxilio y su colaboración en diversos problemas que plantea la justicia, como son la necesidad de internamientos, la valoración de las incapacidades, la valoración de la imputabilidad de un sujeto ante un determinado delito, etcétera.²⁵

Así mismo resulta trascendental que el personal involucrado en el ámbito de la medicina legal tenga a bien conocer aspectos sobre el tema de delito y enfermedad mental ya que, la presentación de ciertas características delictivas y de los infractores, pueden ser armas valiosas en la sospecha o detección de enfermedades mentales que el imputado pudiese presentar y con ello orientar de forma oportuna su proceso legal como convenga, esto con la finalidad de su propio beneficio.

Las escasas investigaciones que se han realizado en relación con el tema de conducta delictiva y enfermedad mental han sido efectuadas en otros países de América y Europa, resultando entonces complicado transpolar los hallazgos

de las mismas en la población de nuestro país, ya que deben considerarse factores como la variabilidad. La variabilidad está dada por factores que pueden ser: biológicos (diferencias étnicas y raciales), sociales, económicos, culturales (exposición a estresores, hábitos protectores culturales de la salud mental), así como las diferencias metodológicas respecto al uso de diferentes instrumentos de evaluación, la selección de la muestra y la longitud del periodo estudiado.

La literatura nos habla acerca de la enfermedad mental y su relación con el delito desde diferentes enfoques, sin embargo, no se encontró literatura reciente, esto es de los últimos 5 años, en donde se haga mención de las principales características que presentan las personas con enfermedades mentales que cometieron un delito y que se encuentren en algún centro de reclusión, específicamente de nuestro país.

En el mismo orden de ideas, en México hay 4,476 personas con padecimientos mentales en los centros penitenciarios, de los cuales 1,054 fueron declarados inimputables y 3,422 con discapacidad psicosocial; el rango de edad de la población penitenciaria en general es de 18 a 29 años.³

Actualmente, las únicas instituciones a nivel nacional especializadas en atender a presidiarios con enfermedades mentales son el Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial (CEFEREPSI) en Morelos y el Centro Varonil de Rehabilitación Psicosocial (CEVAREPSI) en la Ciudad de México.³ Por la importancia con la que cuentan los mismos se eligió al CEVAREPSI para realizar

el presente trabajo, el cual tiene como objetivo describir las características delictivas sociodemográficas y de los trastornos mentales de los internos que ingresaron al CEVAREPSI en el año 2017.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal, y retrospectivo, mediante una revisión de expedientes clínicos y jurídicos de los internos de cualquier edad, que hubiesen ingresado al CEVAREPSI durante el año 2017, no incluyendo aquellos cuyos expedientes se encontraran incompletos.

Para ello se solicitó a la unidad jurídica del centro penitenciario un censo de los ingresos y egresos que tuvieron lugar durante el año a estudiar. Así mismo se realizó un formato para la captura de datos de los expedientes (**Fig. 1**), uno por cada interno, en el cual se incluyeron las variables a estudiar, tales como estado civil, edad actual, edad de comisión del delito, escolaridad, ocupación, si consumían sustancias, la sustancia consumida, si habían tenido ingresos previos a centros de reclusión, delito y variedad de delito cometidos, diagnóstico psiquiátrico y si contaron con tratamiento psiquiátrico previo a su detención. Se especificaron también las variables que se debían tomar de cada expediente, clínico o jurídico, lo anterior con relación a la confiabilidad de datos que cada uno pudiese aportar. De igual forma se consideraron que otras variables podían ser tomadas de ambos expedientes en el caso de que no se encontraran en uno u otro.

Posteriormente, con los datos capturados se procedió a realizar una base de datos en el programa Excel en donde se agruparon de acuerdo con cada

variable. Las características de cada una se presentaron mediante tablas y figuras, así mismo los resultados fueron analizados con estadística descriptiva (media, desviación estándar y porcentajes), obtenida también mediante dicho programa de cómputo.

Por tratarse de un estudio retrospectivo y descriptivo en el que solo se realizó una revisión de expedientes y en el cual no se tuvo una intervención directa con los internos en ninguna etapa del mismo, se considera la presente una investigación sin riesgo y sin intervención de aspectos éticos y de bioseguridad.

Figura 1. Formato elaborado para la captura de datos de los expedientes.

Nombre: _____ No. de expediente clínico: ____ No. de expediente jurídico: ____ . Fecha de revisión: _____

Variable.	Expediente clínico.	Expediente jurídico.
Edad.	_____ años.	_____ años.
Edad de comisión del delito.		_____ años.
Estado civil.	Soltero () Casado () Viudo () Unión libre () Divorciado ()	Soltero () Casado () Viudo () Unión libre () Divorciado ()
Escolaridad.	Sabe leer y escribir () Primaria () Secundaria () Media superior () Superior ()	Sabe leer y escribir () Primaria () Secundaria () Media superior () Superior ()
Ocupación.	Obrero () Empleado () Profesionista () Estudiante () Otros (especificar) _____	Obrero () Empleado () Profesionista () Estudiante () Otros (especificar) _____
Consumo de sustancias.	Si () No ()	Si () No ()

Sustancia consumida.	Alcohol () Marihuana () Cocaína () Solventes () Benzodiacepinas () Heroína () Otra () (especificar): _____	Alcohol () Marihuana () Cocaína () Solventes () Benzodiacepinas () Heroína () Otra (especificar): _____
Ingresos previos a centros de reclusión.		Primodelincuente () Reincidente ()
Delito cometido.		Delitos contra la seguridad pública () Delitos contra la salud () Delitos contra el libre desarrollo de la personalidad () Delitos contra la libertad y el normal desarrollo psicosexual. () Delitos contra la paz y seguridad de las personas () Delitos contra la vida y la integridad corporal () Delitos en contra de las personas en su patrimonio () Otros. (especificar) _____
Variedad del delito		Armas prohibidas () Asociaciones delictuosas () Producción, posesión, tráfico, proselitismo y otros actos en materia de narcóticos () Pornografía de personas menores de dieciocho años de edad () Trata de personas menores de dieciocho años de edad () Lenocinio y trata de personas () Hostigamiento sexual () Abuso sexual () Estupro () Violación () Asalto () Lesiones () Homicidio () Homicidio en relación del parentesco o relación () Feminicidio () Violencia familiar () Robo () Extorsión () Daño en propiedad ajena. () Otros (especificar) _____

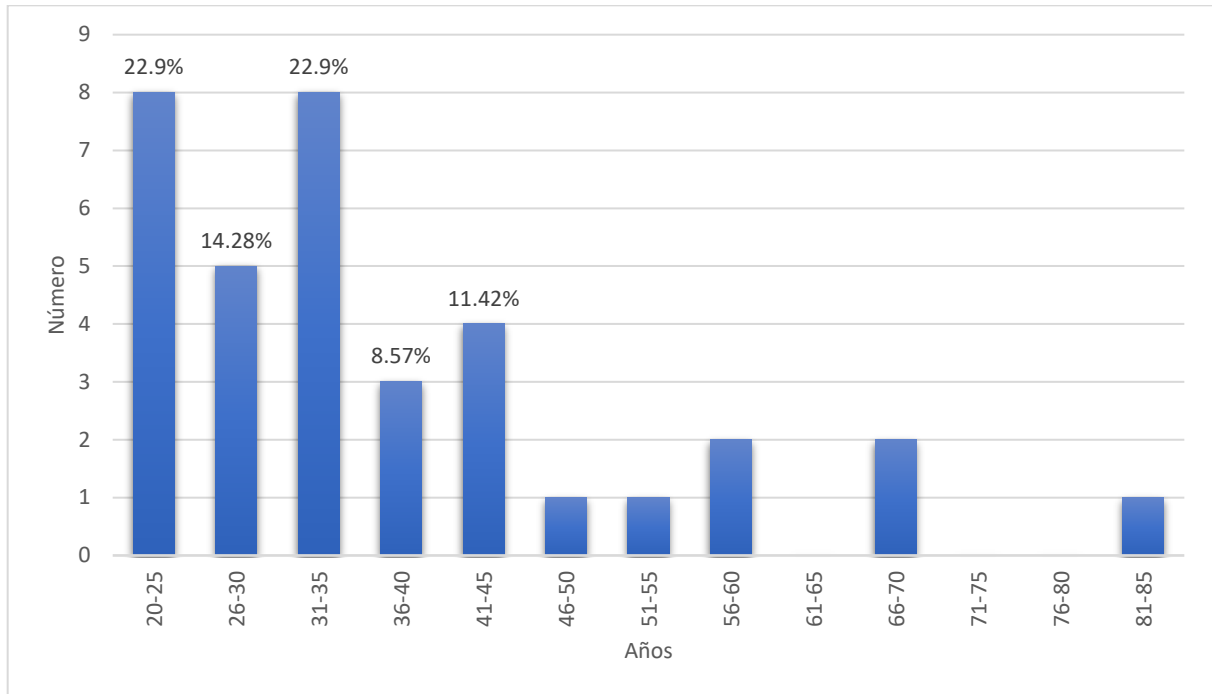
Trastorno mental.	Discapacidad intelectual () Esquizofrenia () Trastorno delirante () Trastorno psicótico inducido por sustancias () Trastorno psicótico debido a afección médica () Trastorno bipolar () Trastorno de depresión mayor () Trastorno de ansiedad inducida por sustancias/ medicamentos () Trastorno neurocognitivo mayor o leve (especificar): _____ Trastornos de la personalidad (especificar): _____ Otros (especificar) _____	Discapacidad intelectual () Esquizofrenia () Trastorno delirante () Trastorno psicótico inducido por sustancias () Trastorno psicótico debido a afección médica () Trastorno bipolar () Trastorno de depresión mayor () Trastorno de ansiedad inducida por sustancias/ medicamentos () Trastorno neurocognitivo mayor o leve (especificar): _____ Trastornos de la personalidad (especificar): _____ Otros (especificar) _____
Tratamiento psiquiátrico previo a la detención.	Si () No ()	

RESULTADOS

Con base en los datos de ingresos y egresos del año 2017, proporcionados por la unidad jurídica del CEVAREPSI, se procedió a elaborar el censo. Se observó que durante el año 2017 ingresaron 80 internos al centro, de éstos solo 35 permanecían reclusos en el momento de la captura de datos y contaban con ambos expedientes, tanto en la unidad jurídica como en la unidad médica del centro. De éstos no se excluyó ninguno ya que todos contaron con expedientes completos. Una vez extraída la información de interés se obtuvo lo siguiente:

En la edad actual de los internos se encontró un comportamiento bimodal, predominando los intervalos de 20 a 25 años y de 31-35 años, cada uno con el 22.9%, representado así el 45.8% de la población total estudiada **(Fig. 2)**. El rango de edad fue de 20 a 85 años. La media de edad fue de 37.8 años, con una desviación estándar de 15.3.

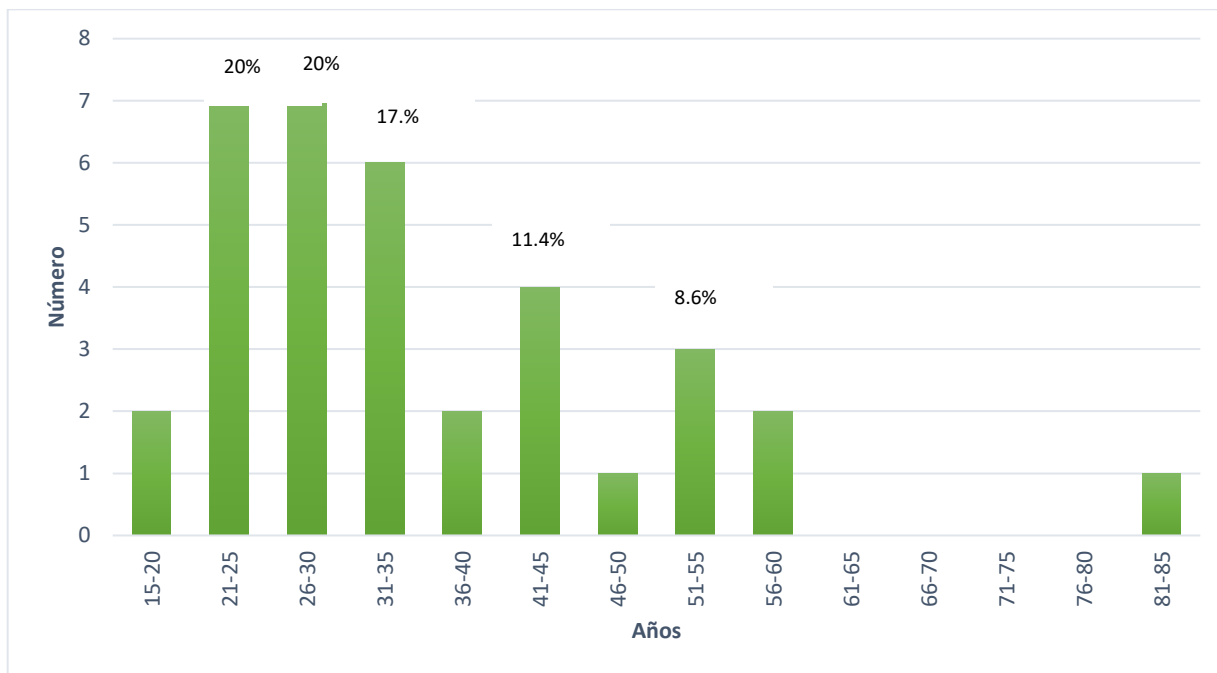
Figura 2. Comportamiento de la edad actual de los internos que conformaron el censo



Fuente: Expedientes clínicos y jurídicos del CEVAREPSI, año 2017

De igual forma en la edad de comisión del delito se encontró un comportamiento bimodal pues los intervalos de edad predominantes fueron de 20 a 25 años y de 26 a 30 años, representando así el 40% del censo (**Fig. 3**). El rango de edad fue de 18 a 84 años. La media de edad del censo fue de 35.7 años con una desviación estándar de 14.5.

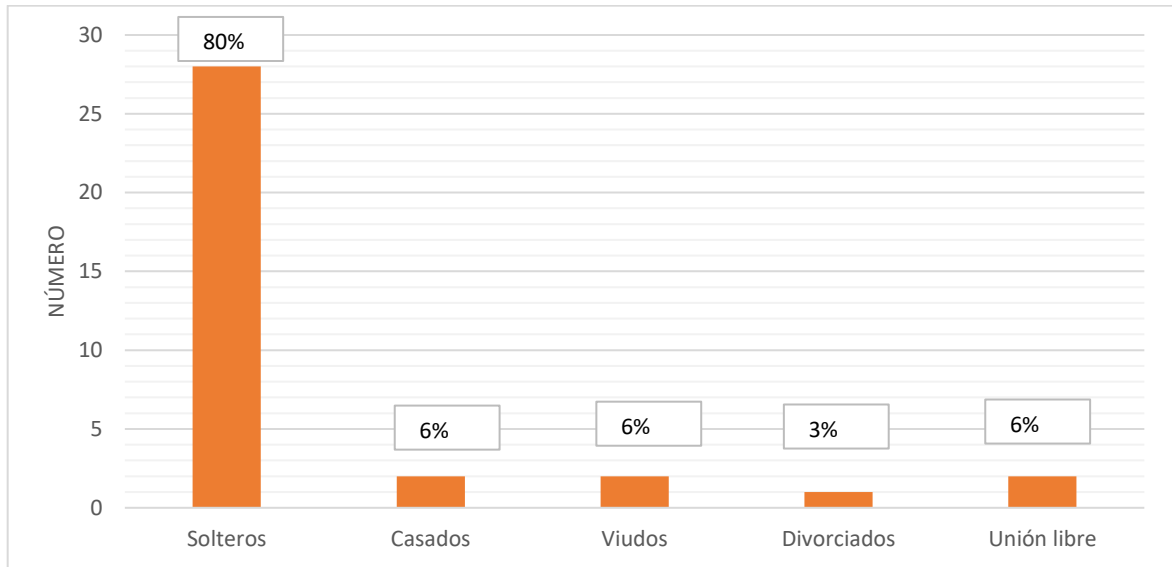
Figura 3. Edad a la que los internos cometieron el delito de su actual proceso legal



Fuente: Expedientes clínicos y jurídicos del CEVAREPSI, año 2017

En lo que corresponde al estado civil se observó que el 80% de los internos eran solteros, 6% eran casados, el 6% vivía en unión libre, 6% eran viudos y 3% eran divorciados. **(Fig. 4)**

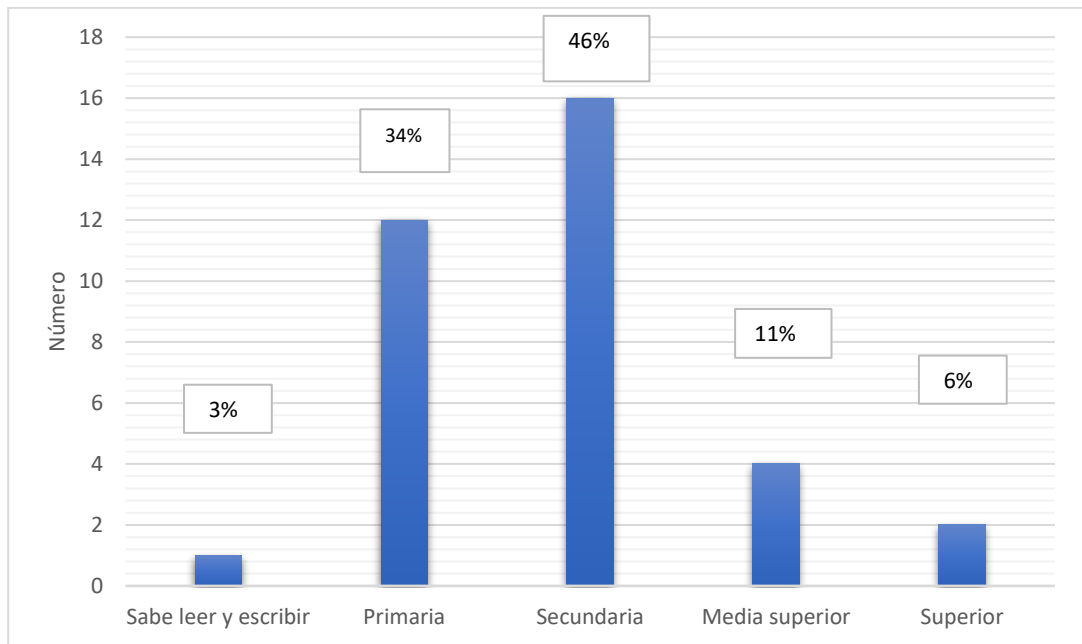
Figura 4. Estado civil de los internos estudiados



Fuente: Expedientes clínicos y jurídicos del CEVAREPSI, año 2017

En cuanto a la escolaridad se encontró que el 46% de los internos tenían educación secundaria, el 34% educación primaria, el 11% educación media superior, el 6% educación superior y el 3% sabía leer y escribir. **(Fig. 5)**

Figura 5. Escolaridad de los internos estudiados

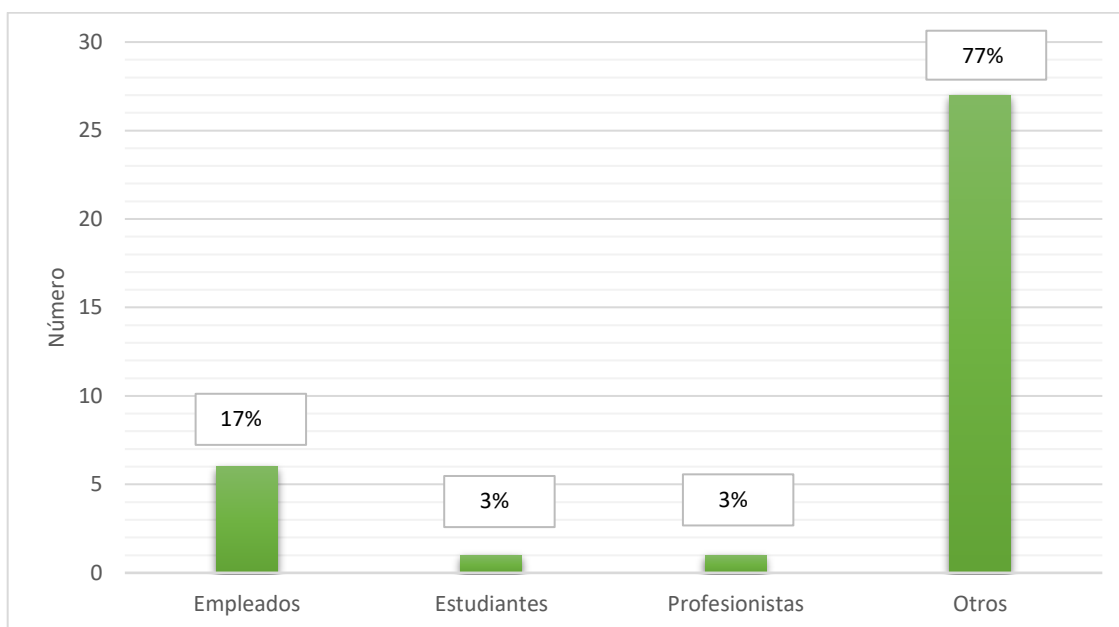


Fuente: Expedientes clínicos y jurídicos del CEVAREPSI, año 2017

En cuanto a la ocupación se observó que el 77% de los internos tenían otros empleos, el 17% eran empleados, el 3% estudiantes y el 3% profesionistas.

(Fig. 6)

Figura 6. Ocupación referida por los internos estudiados



Fuente: Expedientes clínicos y jurídicos del CEVAREPSI, año 2017

Del 77% de los internos que mencionaron tener otras ocupaciones se encontraron dos grupos predominantes, el 37% eran desempleados y el 14.8% eran comerciantes. El resto de las ocupaciones encontradas se muestran en la Tabla I.

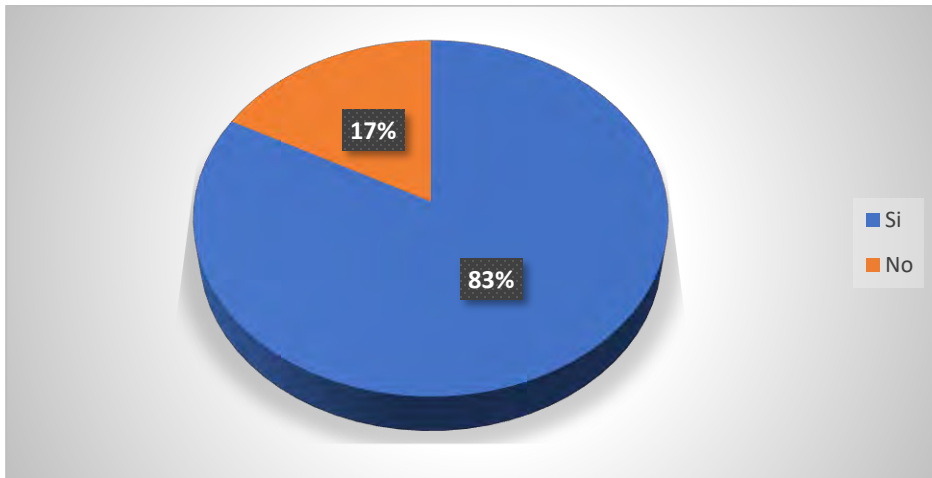
Tabla I. Otras ocupaciones encontradas en los internos estudiados

Ocupación	Internos	Porcentaje
Albañil	5	18.5
Ayudante de camión de turismo	1	3.7
Comerciante	4	14.8
Desempleado	10	37.0
Herrero	1	3.7
Jubilado	1	3.7
Mecánico	1	3.7
Ojalatero	1	3.7
Pintor	1	3.7
Sicario	1	3.7
Taxista	1	3.7
Total	27	100

Fuente: Expedientes clínicos y jurídicos del CEVAREPSI, año 2017

En cuanto al consumo de sustancias se encontró que el 83% de los internos consumía alguna sustancia, mientras que el 17% no lo hacía (**Fig. 7**). Del 83% que consumía alguna sustancia, el 49% consumía más de una y el 34% consumía solo una.

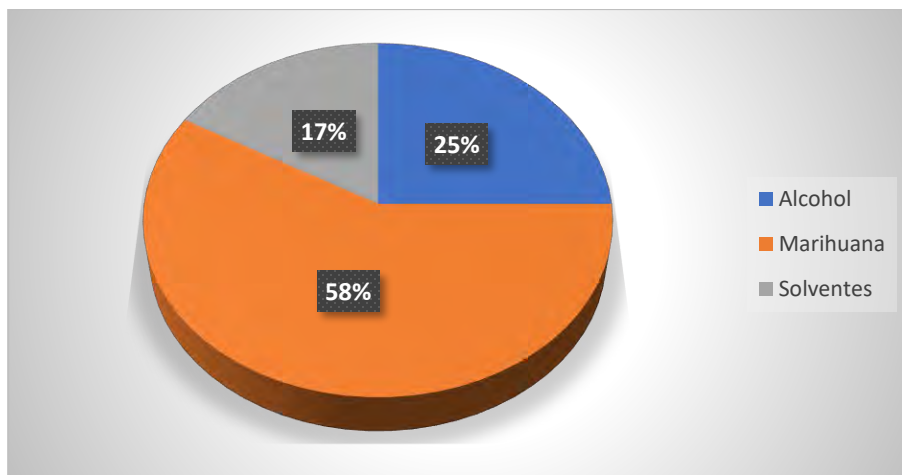
Figura 7. Internos que refirieron el consumo de alguna sustancia



Fuente: Expedientes clínicos y jurídicos del CEVAREPSI, año 2017

Del 34.3% de internos consumían una sustancia, se encontró que el 20% consumía marihuana, el 7% alcohol y el 6% solventes. **(Fig. 8)**

Figura 8. Sustancia consumida en internos con consumo único.



Fuente: Expedientes clínicos y jurídicos del CEVAREPSI, año 2017

Del 49% de internos que consumían más de una sustancia se encontró el uso de múltiples combinaciones, siendo la más frecuente la de marihuana y solventes en un 35.3% de éstos. **(Tabla II)**

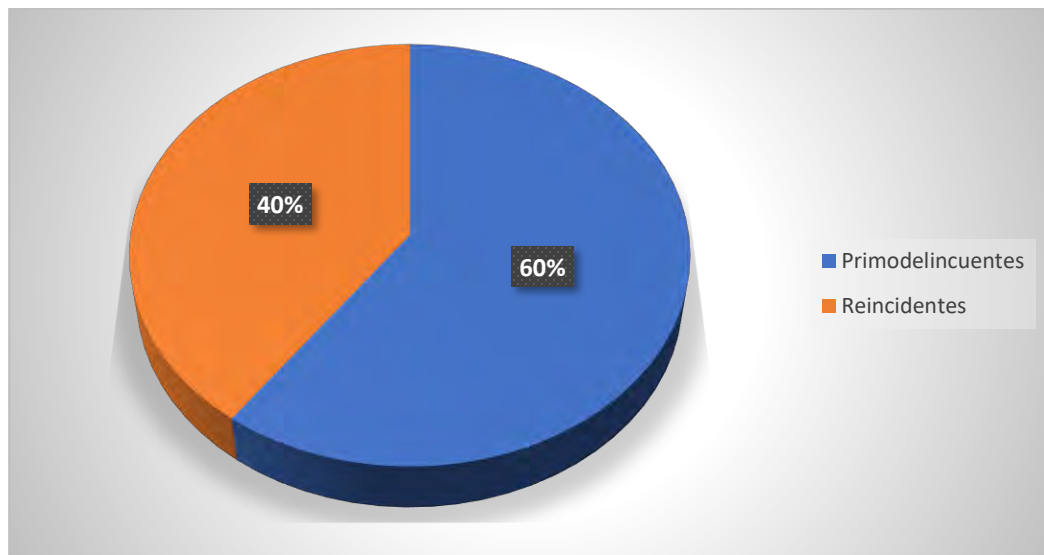
Tabla II. Combinación de sustancias encontradas en internos con consumo múltiple.

Combinación	Internos	Porcentaje
Marihuana/ Cocaína	3	17.6
Marihuana/ Alcohol	2	11.8
Marihuana/ Solventes	6	35.3
Marihuana/ Cocaína/ Solventes	1	5.9
Marihuana/ Solventes/ Benzodiazepinas	1	5.9
Marihuana/ Solventes/ Alucinógenos	1	5.9
Marihuana/ Solventes/ Alcohol/ Cocaína	1	5.9
Solventes/ Alcohol/ Cocaína	1	5.9
Marihuana/ Alcohol/ Alucinógenos	1	5.9
Total	17	100

Fuente: Expedientes clínicos y jurídicos del CEVAREPSI, año 2017

En cuanto a los ingresos previos a centros de reclusión se encontró que el 60% de los internos estudiados eran primodelincuentes mientras que el 40% eran reincidentes. **(Fig. 9)**

Figura 9. Ingresos previos a centros de reclusión



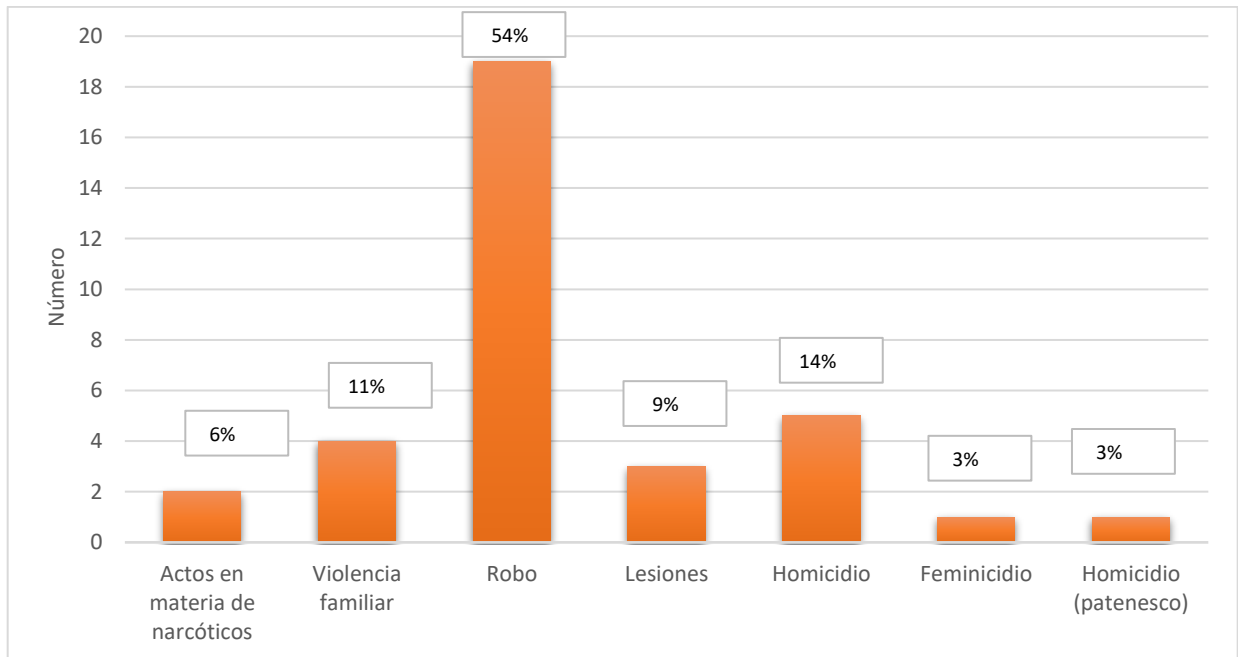
Fuente: Expedientes clínicos y jurídicos del CEVAREPSI, año 2017

En lo referente al tema de delitos, los más frecuentes fueron los delitos en contra de las personas en su patrimonio cometidos por el 54% de los internos estudiados, los delitos contra la vida y la integridad corporal cometidos por el 40% y los delitos contra la salud cometidos por el 6% de los internos.

En cuanto a la variedad de delito de cada tipo, el robo se presentó en el 54% de los internos que cometieron delitos en contra de las personas en su patrimonio; del 40% de los internos que cometieron delitos contra la vida y la integridad corporal, las variedades más frecuentes fueron homicidio en el 14% de los internos, violencia familiar en el 11%, y lesiones en el 7% de los internos estudiados; el 6% que cometió delitos contra la salud presentó como única

variedad de delito la producción, posesión, tráfico, proselitismo y otros actos en materia de narcóticos. **(Fig. 10)**

Figura 10. Variedad de delitos cometidos por los internos del
CEVAREPSI

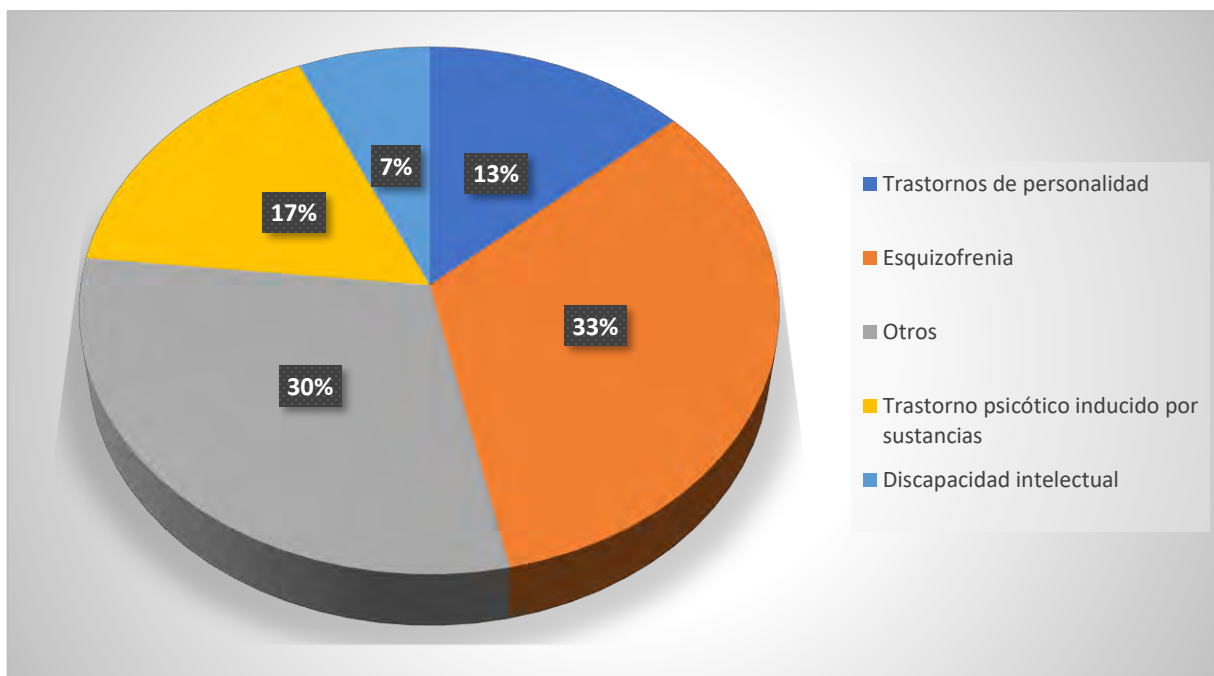


Fuente: Expedientes clínicos y jurídicos del CEVAREPSI, año 2017

En lo referente a los diagnósticos psiquiátricos, el 86% de los internos contaba con un solo diagnóstico, mientras que el 14% contaba con más de uno. Del 86% de los internos con un diagnóstico, el 29% padecía esquizofrenia, el 28% contaba con otros diagnósticos, el 14% padecía trastornos psicóticos inducidos por sustancias, el 11% trastorno de personalidad antisocial y el 6% discapacidad intelectual. **(Fig. 11 y Tabla III)**

Del total de internos del censo solo el 46% contó con atención psiquiátrica previa a su detención. **(Tabla IV)**

Figura 11. Diagnósticos psiquiátricos registrados en los expedientes clínicos, internos con padecimiento único.



Fuente: Expedientes clínicos y jurídicos del CEVAREPSI, año 2017

Tabla III. Otros diagnósticos registrados en los expedientes clínicos de los internos

Diagnóstico	Internos	Porcentaje
Síndrome neurocognitivo secundario a traumatismo craneoencefálico.	1	11.1
Síndrome demencial.	3	33.3
Trastorno psicótico en estudio.	1	11.1
Trastorno esquizofreniforme orgánico por uso de sustancias.	3	33.3
Episodio psicótico secundario a consumo de alucinógenos.	1	11.1
Total	9	100

Fuente: Expedientes clínicos y jurídicos del CEVAREPSI, año 2017

Tabla IV. Atención psiquiátrica previa a la detención

	Internos	Porcentaje
Si	16	46
No	19	54
Total	35	100.00

Fuente: Expedientes clínicos y jurídicos del CEVAREPSI, año 2017

En el tema de delitos cometidos y diagnósticos psiquiátricos de los internos, se encontró que el robo fue cometido con mayor frecuencia por aquellos con diagnóstico de esquizofrenia (14.3%), con trastorno psicótico inducido por sustancias/trastorno antisocial de la personalidad (8.6%) y por aquellos con trastornos de la personalidad antisocial (8.6%); el delito de homicidio fue

cometido principalmente por internos con diagnóstico de trastorno psicótico inducido por sustancias (5.7%) y el delito de violencia familiar fue cometido por igual por internos con esquizofrenia, síndrome demencial, trastorno psicótico inducido por sustancias/trastorno antisocial de la personalidad y trastornos de la personalidad, con el 2.9% respectivamente. El resto de los delitos cometidos por los internos, independientemente de su diagnóstico, se muestra en la siguiente tabla **(Tabla V)**:

	Robo		Violencia familiar		Lesiones		Feminicidio		Homicidio		Homicidio en relación de parentesco		Producción, posesión, tráfico, proselitismo y otros actos en materia de narcóticos		Número de internos por patología psiquiátrica	Porcentaje Total
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%		
Discapacidad intelectual	1	2.9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2.9	2	5.7
Episodio psicótico secundario a consumo de alucinógenos	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2.9	0	0	0	0	1	2.9
Esquizofrenia	5	14.3	1	2.9	1	2.9	1	2.9	1	2.9	1	2.9	0	0	10	28.6
Intento suicida/ Trastorno antisocial de la personalidad	1	2.9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2.9
Síndrome demencial	0	0	1	2.9	1	2.9	0	0	1	2.9	0	0	0	0	3	8.6
Síndrome neurocognitivo secundario a traumatismo craneoencefálico	1	2.9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2.9
Trastorno esquizofreniforme orgánico por uso de sustancias	2	5.7	0	0	1	2.9	0	0	0	0	0	0	0	0	3	8.6
Trastorno psicótico en estudio	1	2.9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2.9
Trastorno psicótico inducido por sustancias	2	2.9	0	0	0	0	0	0	2	5.7	0	0	1	2.9	5	14.3
Trastorno psicótico inducido por sustancias/ Trastorno antisocial de la personalidad	3	8.6	1	2.9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	11.4
Trastorno de personalidad antisocial	3	8.6	1	2.9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	11.4
Total por delito	19	54.3	4	11.4	3	8.6	1	2.9	5	14.3	1	2.9	2	5.7	35	100.0

Tabla V. Delitos cometidos de acuerdo con el trastorno psiquiátrico presentado

Fuente: Expedientes clínicos y jurídicos del CEVAREPSI, año 2017

DISCUSIÓN

Con base en los resultados obtenidos en este estudio se encontró que la mayoría de los internos del censo (45.8%) tuvieron una edad de 20 a 35 años, con una media de 37.8 años. Éste resultado es similar al obtenido por Yadeum S quien en su investigación en población mexicana obtuvo una media de edad de 37 años.²⁰

En cuanto a la edad de comisión del delito se encontró que el 40% de los internos lo cometieron entre los 20 y los 30 años, con una media de 35.7 años. Pese a que ésta variable nos aporta un panorama acerca de la población psiquiátrica con riesgo de cometer delitos, es relevante considerar que en éste estudio ésta no resulta ser del todo confiable debido a que se recabó la edad en la que los internos cometieron el delito por el cual están siendo procesados actualmente sin considerar que el 40% del censo resultó ser reincidente, desconociendo entonces la edad de comisión del primer delito, variable que en futuras investigaciones pudiera ser incluida con el fin de obtener cifras más consistentes.

En cuanto a los datos sociodemográficos se encontró que el 80% de los internos eran solteros, el 46% tenía educación secundaria, el 77% tenía otros empleos, en su mayoría oficios (**Tabla I**), mientras que el 28.6% estaba desempleado. Estos datos resultan ser similares a los encontrados por Yadeum S, quien menciona que en su muestra el 50% de los internos eran solteros con

poca escolaridad.²⁰ Este patrón encontrado pudiera deberse a factores socioculturales tales como un estatus socioeconómico bajo, bajo apoyo escolar, entre otros, los cuales que tendrían que ser investigados más a detalle en futuros estudios.

En el tema del consumo de sustancias se observó que el 83% de los internos estudiados consumían alguna, de éstos el 49% refirió un consumo múltiple y el 34.3% consumo único. Esto resulta ser consistente con lo mencionado tanto por Chiswick D, como en el estudio de Lorenzo García y el estudio de Fuentes M, quienes resaltan que el abuso de sustancias tiene mayor asociación con la comisión de delitos, haciendo énfasis en la relación estrecha entre el consumo de drogas, la comisión del delito y el trastorno mental.^{11, 14, 23}

Aunado a lo anterior, se observó que 17% de los internos del CEVAREPSI que conformaron el censo tuvo diagnóstico de trastorno psicótico inducido por sustancias, mientras que el 8.6% tuvo diagnóstico de trastorno esquizofreniforme inducido por sustancias, lo que cual es consistente con la relación antes mencionada establecida por Lorenzo García y Fuentes M.^{14, 23}

La Marihuana fue la sustancia de consumo más frecuente en internos con consumo único y múltiple (**Tabla II**), así mismo esta sustancia formaba parte de las combinaciones mayormente encontradas, siendo la más común con solventes. Lo anterior probablemente se deba a que la Marihuana resulta ser de fácil acceso en el mercado a un costo moderado para el consumidor.

Los datos presentados anteriormente resultan insuficientes para poder establecer si el consumo de sustancias favorece a que las personas con trastornos psiquiátricos cometan algún delito, ya que resultaría muy importante contar con información más detallada acerca del consumo de la sustancia como es el patrón de consumo, el tipo de sustancia, la cantidad consumida, el tiempo de evolución, si el delito se cometió bajo efecto de la misma o no, entre otros, lo cual limita el alcance de la presente investigación.

En cuanto al tema de delitos se observó que el 54% del censo de internos estudiados cometieron delitos en contra de las personas en su patrimonio, en su variedad de robo, seguidos de los delitos contra la vida y la integridad corporal en un 40% de la muestra, siendo la variedad de delito predominante en ese grupo el homicidio en un 14% del total de internos. Lo anterior resulta ser inverso a lo encontrado por Lorenzo García en su estudio en cuya muestra estudiada predominó el delito de homicidio en un 32.3%, seguido de robo en un 18.1 % del total.¹⁴

En lo referente a los diagnósticos psiquiátricos de los internos se encontró que el 86% cuenta con un solo diagnóstico, siendo la esquizofrenia el trastorno psiquiátrico predominante, presente en el 29% de los internos que conformaron el censo. Éste resultado difiere a lo encontrado por Rodríguez-Quiroga, quien en su muestra estudiada reportó como diagnósticos más frecuentes el trastorno adaptativo y la dependencia de múltiples sustancias.¹⁶ La diferencia encontrada

puede deberse a que en el estudio antes mencionado solo se trabajó con expedientes de internos procesados por homicidio que habían sido derivados al departamento de psiquiatría, por lo tanto, difiere con las características de la población estudiada en la presente investigación.

En cuanto a la esquizofrenia, Fuentes M hace mención en su estudio que existen tres factores en la relación entre la enfermedad, el delito y la violencia, siendo el principal la comorbilidad entre la esquizofrenia y el consumo de drogas, seguido por la mala adherencia al tratamiento y por los síntomas psicóticos.²³ Si bien en el censo de internos del presente estudio se observó que el 83% consume alguna sustancia y que el 54% refirió que no habían recibido atención psiquiátrica previa a su detención, se carece de datos para aseverar la relación entre esquizofrenia y delito, pues al ser algunos internos reincidentes, se desconoce su estado al momento de la comisión del primer delito, así como el patrón de consumo de sustancias, su cronicidad, el tipo de sustancia entre otros.

En los resultados de la muestra estudiada por Lorenzo García en su estudio, se refiere que los internos con trastornos del estado de ánimo y los trastornos psicóticos inducidos por sustancias presentan un mayor riesgo de comisión de robo,¹⁴ lo cual es consistente con lo encontrado en los internos estudiados del CEVAREPSI, donde se obtuvo que el robo fue el delito más frecuente cometido por pacientes con esquizofrenia (14.3%), así como por internos con diagnóstico de trastorno psicótico inducido por sustancias y por

aquellos con trastorno antisocial de la personalidad, con un 8.6% de los internos respectivamente. En cuanto al delito de homicidio, Rodríguez-Quiroga obtuvo en su muestra que los pacientes que habían cometido este delito fueron en su mayoría aquellos con diagnósticos de trastorno de la personalidad tipo mixto, trastorno adaptativo y dependencia a múltiples sustancias,¹⁶ mientras que en el presente estudio se encontró que el delito fue cometido con mayor frecuencia por los internos con diagnóstico de trastorno psicótico inducido por sustancias (5.7%). El resto de los delitos cometidos por los demás internos independientemente de su diagnóstico fue variable, lo cual se debe en gran parte al tamaño del censo estudiado (**Tabla V**).

Si bien en algunas ocasiones los pacientes con síntomas psicóticos tienen un riesgo elevado de cometer actos delictivos, se ha reportado que solo el 13% de éstos comete crímenes derivados de sus síntomas psicóticos,¹⁰ derivado de esto no se cuenta con elementos suficientes para aseverar que existe relación entre trastorno psiquiátrico y delito cometido, requiriendo para ello un estudio más detallado sobre los antecedentes de los pacientes, entre otros elementos.

En lo referente a si los internos que conformaron el censo contaron o no con atención psiquiátrica previa a su detención, se encontró que un 54% de ellos no recibió atención psiquiátrica previa, mientras que el 46% sí, posiblemente esto se deba al aislamiento y estigmatización social a las que los pacientes con trastornos psiquiátricos se pudieran enfrentar, no contando así con apoyo familiar

o de cualquier otro tipo, así como también a la falta de recursos tanto humanos como físicos en el sistema de salud de nuestro país.

Finalmente se hace énfasis en que la presente investigación cumplió con el objetivo planteado a su inicio, aportando datos valiosos sobre las características sociodemográficas y delictivas de los pacientes con trastornos psiquiátricos, haciendo mención que no se contaba con datos de ello en población mexicana desde el año 1998.²⁰

CONCLUSIONES

La media de edad de los internos fue de 37 años, mientras que la de comisión del delito fue de 35.7 años. La mayoría de los internos eran solteros, contaban con educación secundaria y ejercían algún oficio.

Los delitos más frecuentes fueron aquellos en contra de las personas en su patrimonio, en su variedad de robo, seguido de los delitos contra la vida y la integridad corporal, en su variedad de homicidio. El 60% de los internos eran reincidentes.

La esquizofrenia fue el trastorno psiquiátrico más común en los internos, y el delito mayormente cometido por éstos fue el robo. Así mismo se encontró que el 54% no recibió atención psiquiátrica previa a su detención.

El 83% de los internos consumía sustancias predominando el patrón múltiple. La marihuana fue la sustancia consumida con mayor frecuencia, tanto en internos con patrón de consumo único, como en aquellos con consumo múltiple, y en éstos predominó su combinación con solventes.

La presente investigación cumplió con el objetivo planteado al inicio de la misma, aportando datos sociodemográficos, delictivos y de los trastornos mentales en población psiquiátrica penitenciaria del país, sin embargo, no fue posible establecer una asociación entre delito y enfermedad mental ya que para lograrlo se requiere de una investigación exhaustiva.

RECOMENDACIONES

Las investigaciones futuras sobre el tema podrán aportar datos que brinden mayor solidez para determinar si existe asociación entre los trastornos mentales y los delitos cometidos por las personas que las padecen.

Para lograr lo anterior se recomienda aumentar el tamaño de la muestra, así como su aleatorización. De igual forma se sugiere incluir variables como la edad de comisión del primer delito, la edad en la que fue identificado el trastorno psiquiátrico, si el paciente contaba o no con tratamiento farmacológico cuando delinquiró; en aquellos que refieran consumo de sustancias puede incluirse la edad de inicio del mismo, el tipo de sustancia, la cantidad o dosis así como el tiempo de evolución y si cometió el delito bajo el efecto de las mismas; en cuanto al delito resultaría relevante investigar contra quién o quienes se cometió, si tenían alguna relación con la o las víctimas y si existió violencia. Resultaría de utilidad realizar entrevistas directas con los internos, esto con el objetivo de obtener datos lo más cercano posible a la realidad.

Así mismo se sugiere realizar un estudio en población psiquiátrica femenina en reclusión, ya que en general presentan características diferentes, tanto en los trastornos psiquiátricos como en el consumo de sustancias y delitos cometidos, ya que actualmente se cuenta con información escasa referente a este sector de la población.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Calabuig, G. *Medicina Legal y Toxicología*. 6ª. Ed. Madrid: Elsevier; 2004
2. Organización Mundial de la Salud. *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*. Ginebra, Suiza: OMS. [Internet]. [Consultado 8 Dic 2017].
Disponible en http://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/es/.
3. Comisión Nacional de Derechos Humanos. *Situación de las personas con discapacidad psicosocial e inimputables en centros penitenciarios de la República Mexicana*. México: CNDH; 2016
4. García Ramírez, Sergio. *La inimputabilidad en el derecho penal mexicano*. IJ-UNAM. México. 1981, pp. 23 y 24
5. Hernández, F. La imputabilidad e inimputabilidad desde el punto de vista médico legal. *Revista de Medicina Legal de Costa Rica*. 2015; 32 (2).
6. **Código Penal Federal**. México: Diario Oficial de la Federación; 2017
7. **Código Nacional de Procedimientos Penales**. México: Diario Oficial de la Federación; 2014.
8. Organización Mundial de la Salud. *Trastornos mentales*. OMS. [Internet]. [Consultado 9 Dic 2017]. Disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/es/>

9. Hernández, M. Enfermedad mental y delito. Una perspectiva europea. Miedo, Inseguridad y Control Social. **Revista Documentación Social**. 2011; 133-161
10. Peterson, J., Skeem, J., Kennealy, P., Bray, B., & Andrea, Z. How Often and How Consistently do Symptoms Directly Precede Criminal Behavior Among Offenders With Mental Illness? **Law and Human Behavior**. 2014; 38(5): 439-449.
11. Chiswick, D. *Tratado de Psiquiatría III*. Barcelona: Psiquiatría Editores; 2003
12. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. *Resultados de la primera Encuesta Nacional de Población Privada de la Libertad*. INEGI; 31 de Jul 2017. Disponible en:
http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/boletines/2017/enpol/enpol2017_07.pdf
13. Zabala-Baños, Segura, A., Maestre-Miquel, C., Martínez-Lorca, M., Rodríguez-Martín, B., Romero, D. Prevalencia de trastorno mental y factores de riesgo asociados en tres prisiones de España. **Rev Esp Sanid Penit** 2016; 18: 13-24
14. Lorenzo García, F., Agustina, J. R., Gómez-Durán, E. L., & Martín-Fumadó, C. Trastornos de la personalidad en la jurisprudencia española. **Rev Esp Med Legal**. 2016;42(2):62-66.

15. Zabala Baños, M. C. *Prevalencia de trastornos mentales en prisión: análisis de la relación con delitos y reincidencia*. Universidad Complutense de Madrid: Madrid, España; 2016
16. Rodríguez-Quiroga, A., Osácar Ibarrola, A. F., Elegido Fluiters, M. T. Homicidio y enfermedad mental. Un análisis retrospectivo de una serie de casos. *Rev Esp Med Legal*. 2015;41(1):3-8
17. Gottfried, E. D., & Christopher, S. C. Mental Disorders Among Criminal Offenders: A Review of the Literature. *Journal of Correctional Health Care* 2017, Vol. 23(3) 336-346
18. De Carvalho, H. W., Baxter Andreoli, S., Vaidyanathan, U., Patrick, C. J., Quintana, M. I., & Jorge, M. R. *The structure of common mental disorders in incarcerated offenders*. *Comprehensive Psychiatry* 54 (2013) 111–116
19. Mundt AP, Alvarado R, Fritsch R, Poblete C, Villagra C, et al. (2013) Prevalence Rates of Mental Disorders in Chilean Prisons. *PLoS ONE* 8(7): e69109. doi:10.1371/journal.pone.0069109
20. Yadeum, S., Díaz de León, C., Colín, A., & Consuelo, T. Implicaciones del delito en el enfermo mental. *Revista Salud Mental* 21(3), 1998, 39-45
21. Asociación Americana de Psiquiatría. *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5)*. Arlington: Editorial Médica Panamericana; 2014.

22. Centeno, M., O, P., & Rojo, J. *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Barcelona: Editorial Masson; 2006
23. Fuentes, M., & Fernández, E. M. La esquizofrenia en el medio penitenciario. **Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.** 2016; 36(130):405-420. doi: 10.4321/S0211-57352016000200007
24. Fazel, S., & Seewald, K. *Severe mental illness in 33 588 prisoners worldwide: systematic review and metaregression analysis*. The British Journal of Psychiatry (2012) 200, 364–373. doi: 10.1192/bjp.bp.111.096370
25. Adam Morell, A. *La importancia de la integración social de los enfermos mentales para la prevención del delito. Presentación de un caso*. Gac. int. cienc. forense ISSN 2174-9019. Nº 5. Octubre-Diciembre, 2012