

Artículo de revisión**Trastornos mentales y delito. Una perspectiva peruana en el contexto mundial****Mental disorders and crime. Peruvian perspective in the global context****Transtornos mentais e crime. Uma perspectiva peruana no contexto global**Andrey Sindeev¹**Resumen**

El estudio emerge como parte de un proceso de intensa búsqueda de respuestas ante la abrumante inseguridad ciudadana que atraviesa el Perú acompañada por una escasa o nula capacidad de reacción de los organismos gubernamentales. El crecimiento actual de los índices de la delincuencia común está relacionado con importantes niveles de violencia social arrastrados durante siglos, así como con los cambios sociales propios de la época postmoderna. El escenario peruano no es ajeno al de los otros países de la región y del mundo. Diversas instituciones universitarias y profesionales relacionadas con la salud y educación tratan de aportar los hallazgos científicos a la comprensión de este fenómeno social desde diferentes puntos de vista. En este sentido el concepto de salud mental recobra un especial significado para la elaboración de estrategias eficaces de abordaje del problema. Analizar la importancia de la salud mental y su relación con el delito en el contexto peruano considerando las experiencias internacionales. Se revisaron artículos y experiencias latinoamericanas y europeas sobre el tema, realización de reuniones interinstitucionales. Se puntualizan los precedentes históricos y contemporáneos, universales y locales, pertinentes a la gestación y desarrollo de los fenómenos de delincuencia y violencia articulándolos con el concepto de la salud mental.

Palabras clave: salud mental, trastornos mentales, delito, delincuencia, violencia.

Abstract

This work emerges as part of a process of intense search for answers to the overwhelming insecurity that crosses the Peru accompanied by little or no responsiveness of government agencies. The current growth rates of common crime is related to significant levels of social violence dragged for centuries, as well as proper social changes of the postmodern era. The Peruvian scene is no stranger to the other countries in the region and the world. Various university and professional institutions related to health and education seek to provide the scientific findings to the understanding of this social phenomenon from different viewpoints. In this sense the concept of mental health recovers a special significance for the development of effective strategies for addressing the problem. To analyze the importance of mental health and its relationship to the crime in the Peruvian context considering international experiences. Review of articles and Latin American and European experiences on the subject, realization of inter-agency meetings. historical and contemporary, universal and local precedents relevant to the creation and development of the phenomena of crime and violence articulating the concept of mental health are pointed out.

Keywords: mental health, mental illness, crime, violence.

Resumo

Este trabalho surge como parte de um processo de intensa busca de respostas para a insegurança esmagadora que atravessa o Peru, acompanhados por pouca ou nenhuma capacidade de resposta dos órgãos governamentais. As taxas de crescimento atuais de crime comum estão relacionada com níveis significativos de violência social arrastado por séculos, assim como mudanças sociais próprias da era pós-moderna. A cena peruana não é estranha para os outros países da região e do mundo. Várias instituições universitárias e profissionais relacionados com a saúde e educação procuraram fornecer cientistas compreensão deste fenómeno social a partir de diferentes pontos de vista descobertas. Neste sentido, o

¹Instituto Nacional Penitenciario-INPE (Perú); asindeev@samgmu.org

Recibido, 13 de mayo de 2016

Aceptado, 20 de junio de 2016

conceito de saúde mental recupera um significado especial para o desenvolvimento de estratégias eficazes para lidar com o problema. Analisar a importância da saúde mental e sua relação com o crime no contexto peruano considerando experiências internacionais. Revisão de artigos e experiências latino-americanos e europeus sobre o tema, realização de reuniões inter-agências. Históricas e contemporâneas universais e precedentes locais relevantes para a criação eo desenvolvimento dos fenômenos de criminalidade e violência articulando o conceito de saúde mental são apontadas .

Palabras clave: saúde mental, doença mental, crime, da violência

Introducción

El crecimiento económico de los últimos años en el Perú se ha acompañado con drástica explosión de los niveles de delincuencia. La sociedad dejó en un segundo plano los problemas económicos y laborales para priorizar el incremento alarmante de la delincuencia en el país. Importante que en menos de 10 años la percepción del problema por la población creció casi 5 veces (el 11% en el 2006 y el 47% en el 2014) (Radio Capital, 2015).

Entre principales problemas de esta situación tan alarmante, diversos expertos mencionan la corrupción de los agentes, trabajadores y funcionarios de diferentes organismos del sector público como PNP, Poder Judicial, INPE, Ministerio Público; deficiente, obsoleta y precaria infraestructura y equipamiento; escasos en número y formación, desmotivados y desprotegidos recursos humanos; el modelo ineficiente y costoso basado en comisarías de recepción de denuncias y policías acuartelados; desarticulación y hasta competencia de diferentes instituciones de seguridad; desconfianza ciudadana, entre muchos otros.

El artículo 178-A del Código Penal, introducido por el artículo 2° de la Ley N°26293, obliga a los condenados por ciertos delitos, como de violación sexual, para acceder a beneficios penitenciarios, además de los requisitos ordinarios, a presentar un “informe médico y psicológico que se pronuncie sobre la evolución de su tratamiento terapéutico relacionado con su readaptación social” (Código Penal, 1991, art. 178-A). Se puede deducir entonces que tiene que existir alguna patología mental que se debería corregir con un tratamiento farmacológico o psicoterapéutico especial y encaminar al paciente-delincuente hacia una convivencia pacífica en la sociedad.

El desarrollo actual de la ciencia médica pone en duda la existencia de un método específico de esta naturaleza debido a la complejidad del concepto de la salud mental y a la enorme variedad de las motivaciones y manifestaciones conductuales del hombre.

La salud mental es “un estado de bienestar en el que la persona realiza sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir a su comunidad” (OMS, 2014, N°220).

En este sentido la salud mental no puede considerarse como mera ausencia de las enfermedades neuropsiquiátricas individuales, sino como más bien un ideal de completa satisfacción intra- e interpersonal resultante de una óptima interacción de múltiples variables biológico(as), genético(as), epigenético(as), psicológico(as), sociales, culturales, económico(as), espirituales, educacionales, etc. Si bien es cierto que hay determinados factores de la personalidad genéticos o de desequilibrios bioquímicos cerebrales específicos que hacen que una persona sea más vulnerable a los trastornos mentales, estos últimos no pueden reducirse solamente a ellos; y mucho menos el acto delictivo puede ser atribuido a las enfermedades psiquiátricas.

Considerando lo mencionado líneas arriba, da impresión que cada vez menos personas en el mundo pueden asegurar de que gocen de una buena salud mental. La

pobreza, el desempleo, la desnutrición, la inequidad, la discriminación, el estrés laboral, el caos vehicular, la contaminación del medio ambiente, la inaccesibilidad de los servicios de salud y educación son algunos de los factores que desencadenan las enfermedades somáticas, violencia, delincuencia, prostitución infantil, drogadicción, depresión, ansiedad, suicidios y otras manifestaciones que no caben dentro de la definición de salud mental propuesta por la OMS. Y esto sin considerar las enfermedades primariamente endógenas, como esquizofrenia, trastorno bipolar o demencias, que aunque no son causadas directamente por los factores externos pero debutan bajo la influencia desfavorable del entorno o su curso se torna más grave.

Ante esta perspectiva se presenta importante la conceptualización adecuada de los trastornos mentales y de comportamiento, enfermedades mentales, delito y violencia, así como su interrelación respectiva.

Delito y violencia

La historia de la humanidad está repleta de guerras, genocidios, asesinatos, torturas, violaciones y agresiones de todo tipo. La segunda mitad del siglo XX ha marcado el inicio de la postmodernidad entendida como el fracaso de la fe y esperanza en el progreso humano y el bienestar próximo de los pueblos vía ciencia, tecnología, esfuerzo compartido y moral universal; desplome de los doctrinas políticos y religiosos, causando una fuerte crisis de valores, creencias y aspiraciones; derrubio del propio concepto de la familia como el principal ambiente formador y la pérdida de la autoridad de las instituciones educativas creando un egocentrismo radical, hedonismo y consumismo desenfrenados, inmadurez masiva de la población en general, creciente “gracias” a los esfuerzos indismayables de los medios de comunicación. En este escenario cada vez se presenta más difícil asegurar para cada uno de los individuos y para la sociedad en general la conservación de la salud mental en términos propuestos por la OMS.

La violencia constituye un problema mundial de salud pública que afecta a todos los países en variadas formas. En el año 2000 la violencia había constituido la 3ra causa de muerte registrando en promedio 1 suicidio cada 14 segundos y 1 homicidio cada minuto (Perales, 2010). Los estudios epidemiológicos revelan que en promedio la cuarta parte de la población peruana se ha visto involucrada en conductas violentas incluyendo el abuso físico a menores y hasta un 4.6% tenían el pensamiento homicida en algún momento de su vida. Hasta el 60% de mujeres sufrieron alguna vez maltrato por parte de su pareja, siendo el 40% la violencia física. La mayoría de las víctimas de agresiones no busca ayuda y está sometida a múltiples actos de violencia durante largos periodos (INSM HD-HN, 2002-2010; MIMDES, 2009).

En comparación con la agresividad, que es un mecanismo adaptativo desarrollado evolucionalmente y presente en mayor o menor medida en todos los vertebrados, la violencia es una conducta específicamente humana, siendo el hombre, tal vez, la única especie que depreda a sus congéneres (Perales, 2010) o maltrata los animales por placer.

Sin embargo, a pesar de que se piensa que el mundo actual es más violento que antes, algunos estudios (Pinker, 2011) se acompañan por la estadística al respecto que el homicidio era 30 veces más frecuente en el siglo XIV (la Edad Media) en Europa de lo que es ahora, proponiendo hipótesis que dicho concepto se manipula por los gobernantes para justificar sus propios actos de violencia.

La violencia es un fenómeno vivo que no nace por azar, sino se crea por los seres humanos y se desarrolla solo en las circunstancias o los ambientes favorables. El acto violento requiere de la intencionalidad, motivación, convención, iniciándose así, como toda la conducta humana, en el pensamiento (Perales, 2010).

No cabe duda la multicausalidad de la conducta violenta, cuyos factores se agrupan en biológicos, filogenéticos, ontogenéticos, constitucionales, metabólicos, bioquímicos, neuroanatómicos, neurofisiológicos, psicológicos, ambientales, familiares y socioculturales (Hikal, 2009; Perales, 2010). Las predisposiciones genéticas influyen claramente en el comportamiento disocial, particularmente los actos delictivos. El factor genético se traduce en las alteraciones hormonales, bioquímicas y neurofisiológicas. A pesar de nuestra creciente capacidad de identificar genes específicos importantes para antisocial comportamiento y para identificar a los individuos que heredan genes de alto riesgo nuestra capacidad para entender y predecir el comportamiento de cualquier persona está aún lejos de ser perfecta, y probablemente lo seguirá siendo indefinidamente.

Actualmente hay consenso clínico que antecedentes familiares de abuso de sustancias, hechos violentos, abusos en su vida infantil, actitudes rudas paterna y materna, pobreza, condiciones de vida estresante, carencia en el hogar, desorganización social, padres inmaduros, perturbados mentales, criminales o abusivos, pleitos matrimoniales graves, disciplina infantil deficiente, patrones desordenados de comunicación familiar, cuidado prenatal deficiente (drogas, mal alimentación), enfermedad o incapacidad (síndrome Down, retraso mental), bajo soporte social, pobres existencias escolares, intentos homicidas y suicidas, desnutrición infantil, factores patológicos en el embarazo son los factores de riesgo de ser agresor o la víctima de violencia (Hikal, 2009; Perales, 2010).

Delito y salud mental

La estigmatización socio-cultural de los “pacientes psiquiátricos” se expresa entre otras cosas en que la opinión pública tradicionalmente atribuye el mayor potencial violento y agresividad peligrosa al paciente psicótico denominado “loco” pretendiendo marginarlo y excluir de la sociedad. Sin embargo, solo un pequeño porcentaje de la violencia social puede ser atribuida a los pacientes con psicosis. El mayor riesgo de la conducta agresiva en ellos se asociaba a co-morbilidad con el abuso de sustancias (Esbec y Echeburúa, 2010) o comportamiento psicopático premórbido (Winsper et al., 2013).

Es importante aclarar que el término “paciente psiquiátrico” se ha vuelto obsoleto y no se utiliza en las clasificaciones internacionales actuales reemplazando el concepto de la “enfermedad psiquiátrica” por los trastornos mentales y de comportamiento. Para fines del presente trabajo es conveniente agrupar a los múltiples trastornos mentales en 5 grupos: 1) trastornos orgánicos y psicóticos, que suelen ser más expresivos clínicamente; 2) dependencias de diferentes sustancias psicoactivas (drogadicción); 3) trastornos de adaptación anteriormente denominados neuróticos; 4) trastornos de personalidad; 5) otros.

Aunque demencias, esquizofrenia y trastorno bipolar (primer grupo) son enfermedades crónicas, de curso progresivo, con tendencia a recaídas, con marcadas alteraciones de la conducta y están presentes en la mayoría de las personas hospitalizados en los nosocomios psiquiátricos, estos no son tan peligrosos como se piensa comúnmente y pueden llegar a cometer el delito cuando están en condiciones de

abandono, sin el soporte familiar, sin los ingresos económicos, sin el tratamiento especializado.

De ser así, a lo largo de los años, se ha intensificado el debate acerca de si las personas que cometen delitos tienen determinadas características de personalidad que nos puedan llevar a predecir y evitar la comisión de los mismos. Sin embargo, hasta la fecha, existe una gran dificultad para establecer predicciones de conducta delictiva basada en rasgos o características individuales de personalidad (Vázquez, 2012).

De todos modos, la relevancia clínica y jurídico-penal de los trastornos de la personalidad en las conductas violentas graves es indiscutible.

En diversos estudios se ha demostrado que los trastornos de la personalidad representan un riesgo significativo para las conductas violentas y/o delictivas (Esbec y Echeburúa, 2010; Perales, 2010; Vázquez, 2012; Fernández-Montalvo y Echeburúa, 2008) generalmente asociándolas con los rasgos disociales (“psicopáticos” anteriormente) (Hikal, 2009).

Barlow y Durand (2001), estimaron que los trastornos de personalidad se encontraban entre el 0.5% y el 2.5% de la población general. Los más infrecuentes eran el Esquizoide, Narcisista y por Evitación (representando al 1% de la población general), y los más comunes dentro de la población general eran el Paranoide, Esquizotípico, Histriónico, Dependiente y Obsesivo-Compulsivo, estimándose que la tasa se encontraba entre el 1 y el 4% de la población general.

En cuanto a la población reclusa se estima que los trastornos de personalidad en torno del 15-20% hasta 60-65% (Esbec y Echeburúa, 2010).

En este mismo sentido, se ha identificado que la prevalencia de los trastornos de personalidad en la población forense y penitenciaria es muy elevada, pero varía mucho en los diferentes estudios según el tipo de muestra y, especialmente, en función de los instrumentos de evaluación.

Frecuentemente se produce una psiquiatrización del comportamiento criminal y los trastornos de personalidad pueden confundirse con las simples acentuaciones de rasgos de personalidad como consecuencia del procedimiento penal o de la privación de la libertad. Además, en estas poblaciones no son raras las intenciones de simulación o exageración que distorsionan los resultados.

Da la impresión que los instrumentos de evaluación de los trastornos de personalidad carecen de especificidad para este tipo de estudios, así como el modelo actual de categorización de la CIE-10 tiende a sobrediagnosticar los trastornos de personalidad en este tipo de poblaciones.

Por último, hay tres principios fundamentales sobre la relación entre los trastornos de personalidad y la violencia: 1) los trastornos de personalidad implicados en la violencia son habitualmente egosintónicos; 2) los trastornos de personalidad muestran comorbilidad con otros trastornos mentales, como psicosis, trastornos orgánicos, retraso mental, etc.; y 3) la violencia y el riesgo de violencia están asociados con frecuencia al abuso de drogas (Esbec y Echeburúa, 2010).

En la psicopatía se han descrito alteraciones neurobiológicas (Blair, Mitchell y Blair, 2005) que harían que la persona está propenso a comportarse en un determinado sentido, muchas veces antisocial y violento. Entre otras disfunciones, se han descrito reducciones de hasta el 11% del volumen del lóbulo frontal (Raine, Lencz, Bihrlé, La

Casse, & Colletti, 2000) o alteraciones en la amígdala. Algunos estudios indican que estas disfunciones hacen que la respuesta emocional de los psicópatas sea anormal.

Las personalidades antisociales se desarrollan más en los ambientes desfavorecidos de la sociedad, en donde las carencias económicas, la falta de cohesión familiar, el fracaso escolar, el nivel intelectual bajo y el aprendizaje social facilitan la adopción temprana de conductas antisociales y la búsqueda de gratificaciones alternativas poco convencionales. Cuando la persona proviene de un hogar desintegrado, con violencia, patologías psiquiátricas, adicciones, cuidado prenatal deficiente, patrones desordenados de comunicación familiar, pobres existencias escolares, no fue deseado por los padres o no recibió el afecto en su infancia, no ha tenido de donde aprender los sentimientos de empatía con los demás. Así, podemos explicar una parte de la agresión como repertorio legítimo de conducta de un agente primario de socialización como en caso del padre golpeador.

Salud mental en el contexto de la salud pública

Sánchez (2001), revela que un gran número de enfermos mentales crónicos terminan en prisión si no se les proporciona la asistencia adecuada. La escasa accesibilidad a los servicios de salud mental, falta de registro, control y seguimiento de estos pacientes es otro problema que puede repercutir en violencia. Siendo los trastornos neuropsiquiátricos la primer causa de carga de enfermedad en el Perú (Velásquez, 2009), en diferentes regiones del país cerca de 80% de la población con la necesidad de atención en salud mental no la recibió (INSM HD-HN, 2002-2010), y solo el 32.8% de trastornos severos recibieron algún tipo de tratamiento (Piazza y Fiestas, 2014).

Los crecientes indicadores macroeconómicos de algunos países, como Perú, en los últimos años no significan paradójicamente la mejoría de la situación social de la población que se encuentra a cargo del estado, en particular, la salud y la educación.

Sorprendente los gastos en salud en el 2013 presentados por el Banco Mundial con un 5.3% del PBI ubican a Perú en los últimos lugares en América Latina incluyendo los países del Caribe (Banco Mundial, 2015). El informe oficial del Ministerio de Salud (2008), indica que en el 2005 solamente el 3% de su presupuesto se dirige a la salud mental, siendo el 98% de estos recursos destinados a las tres instituciones psiquiátricas de Lima (MINSAL, 2008), contradiciendo a la necesidad explícita de priorizar el primer nivel de atención y promoción de la salud mental (MINSAL, 2004). Y la realidad corresponde al trato dado colocando los trastornos neuropsiquiátricos en el primer lugar entre las causas de carga de enfermedad en el Perú con el 16% de todos los años de vida saludable perdidos principalmente por los años vividos con discapacidad (AVD) que solo en el 2012 generaron al país pérdidas económicas de más de S/. 12,000 millones. Entre principales nosologías se destacan dependencia y abuso de alcohol, depresión unipolar y esquizofrenia (Velásquez, 2009; Bojorquez et al., 2012).

Conclusiones

El problema del delito en particular y violencia en general tiene las raíces antropológicas, biológicas, genéticas, psicológicas, sociales, culturales, educacionales muy profundas y atormenta a todas las sociedades desde tiempos remotos. La fe en el progreso y bienestar de la humanidad de la época industrial se derrumbó con la entrada a la sociedad de consumo creando un vacío existencial, incertidumbre y tensión social.

Los intentos de atribuir la violencia a la patología mental específica no encontraron el sustento científico directo aunque han abierto un amplio panorama de probables manifestaciones comportamentales del hombre muchas veces irracionales, inesperados y sujetos en su surgimiento a múltiples factores externos e internos.

Desde esta óptica, la atención en salud mental no sólo tiene que enfocarse a la población con enfermedades psiquiátricas, sino fundamentalmente, a la denominada población sana.

Las políticas nacionales e internacionales de salud mental no deben ocuparse únicamente de los trastornos mentales, sino reconocer y abordar cuestiones más amplias que fomentan la salud mental como la incorporación de la promoción de la salud mental a las políticas y programas de los sectores gubernamental y no gubernamental. Además del sector de la salud, es esencial la participación de los sectores de la educación, el trabajo, la justicia, el transporte, el medio ambiente, la vivienda o la asistencia social.

El clima de respeto y protección de los derechos civiles, políticos, socioeconómicos y culturales básicos es fundamental para la promoción de la salud mental. Sin la seguridad y la libertad que proporcionan estos derechos resulta muy difícil mantener un buen nivel de salud mental.

La promoción de la salud mental consiste en acciones que creen entornos y condiciones de vida que propicien la salud mental y permitan a las personas adoptar y mantener modos de vida saludables. Entre ellas hay una serie de acciones para aumentar las posibilidades de que más personas tengan una mejor salud mental.

Mientras no se arreglan los determinantes más estructurales de la inseguridad, como la pobreza, la inequidad, el desempleo, la analfabetización, la corrupción, el narcotráfico, la crisis institucional, la desconfianza ciudadana, el desorden gubernamental, la violencia y delincuencia van a tener la tendencia a aumento.

Referencias bibliográficas

- Arroyo, J. (29 de octubre de 2015). 616 víctimas por hora. *El Comercio*. Recuperado de http://elcomercio.pe/opinion/colaboradores/616-victimas-hora-juan-arroyo-noticia-1851436?ref=flujo_tags_519552&ft=nota_1&e=titulo.
- Banco Mundial. (2015). Gasto en salud, total (% del PIB). Recuperado de <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.TOTL.ZS>
- Barlow, D. y Durand, M. (2001). *Psicología anormal. Un enfoque integral*. México DF: Thompson Learning.
- Blair, J., Mitchell, D. & Blair, K. (2005). *The psychopath: Emotion and the brain*. Malden: Blackwell Publishing.
- Bojorquez, E., Chacon, O., Rivera, G., Donadío, G., Stucchi, S., Sihuas C., et al. (2012). Colegio Médico del Perú: propuesta de reforma de la salud mental en el Perú. *Acta Méd Per.*, 29(1), 43-55.
- Código Penal. Decreto Legislativo N° 635. (1991).
- Esbec, E. y Echeburúa, E. (2010). Violencia y trastornos de la personalidad: implicaciones clínicas y forenses. *Actas Esp Psiquiatr*, 38(5), 249-261.

- Fernández-Montalvo, J. y Echeburúa, E. (2008). Trastornos de personalidad y psicopatía en hombres condenados por violencia grave contra la pareja. *Psicothema*, 20 (2), 193-198.
- Hikal, W. (2009). *Criminología psicoanalítica, conductual y del desarrollo*. México: VLex.
- Instituto Nacional de Salud Mental. (2002-2010). *Estudios Epidemiológicos de Salud Mental 2002–2010*; Lima, Perú. Recuperado de: <http://www.insm.gob.pe/investigacion/estudios.html>
- Ministerio de salud. (2004). *Lineamientos para la acción en salud mental*. Lima. Ministerio de Salud.
- Ministerio de salud. (2008). *Informe sobre los servicios de Salud Mental del Subsector Ministerio de Salud del Perú 2008*. Lima. Ministerio de Salud.
- Ministerio de la mujer y desarrollo social. (2009). *Plan nacional contra la violencia hacia la mujer 2009-2015*. Lima: MIMDES.
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*. Nota descriptiva N°220; 2014. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/es/>.
- Perales, A. (2010). Introducción al tema: la violencia como fenómeno social vivo. En: Libro de Ponencias. *Curso Internacional sobre Violencia y su Impacto en la Salud*. (pp.19-35). Lima: Academia Nacional de Medicina.
- Piazza, M. y Fiestas, F. (2014). Prevalencia anual de trastornos y uso de servicios de salud mental en el Perú: resultados del estudio mundial de salud mental 2005. *RevPeruMedExpSaludPublica*, 31(1) :30-38.
- Pinker, S. (2011). Taming the devil within us. *Nature*, vol. 478, 309-311.
- Radio Capital. (21 de Abril de 2015). ¿Perú es el país con mayor inseguridad ciudadana en Latinoamérica? *Radio Capital*. Recuperado de http://www.capital.com.pe/2015-04-21--peru-es-el-pais-con-mayor-inseguridad-ciudadana-en-latinoamerica-noticia_789822.html
- Raine, A, Lencz, T., Bihrlé, S., La Casse, L. & Colletti, P. (2000). Reduced prefrontal gray matter volume and reduced autonomic activity in antisocial personality disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 57(2), 119-127.
- Sánchez, J. (2001). Los pacientes mentales en prisión. *Rev Asoc Esp Neuropsiq.*, XXI(78), 139-153.
- Vázquez, S. (2012). *Trastornos de la personalidad y conducta delictiva. Documento de Investigación sobre Seguridad Interior doc-ISIe N°07/2012*. Madrid: Instituto de Ciencias Forenses y de la Seguridad (Universidad Autónoma de Madrid) ICFS.
- Velásquez, A. (2009). La carga de enfermedad y lesiones en el Perú y las prioridades del plan esencial de aseguramiento universal. *RevPeruMedExpSalud Publica*, 26(2), 222-231.
- Winsper, C., Ganapathy, R., Marwaha, S., Large, M. Birchwood, M. and Singh, S. (2013). A systematic review and meta-regression analysis of aggression during the First Episode of Psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinav*, 128 (6), 413–421.