

Intervención forense por causa de salud mental, en el área sur de Lugo. Los trastornos de la personalidad

Docasar-Bértolo L

Psiquiatra. Responsable del Servicio de Psiquiatría del Hospital Julian García de Monforte de Lemos

Taboada-Díaz O

Psiquiatra. Hospital de Día del Servicio de Psiquiatría del Hospital Juan Canalejo de Coruña.

Blanco-Blanco JJ

Psiquiatra. Servicio de Psiquiatría del Complejo Hospitalario de Santiago de Compostela.

Díaz-Varela Rodríguez AR

Forense de los Juzgados de Chantada y Monforte de Lemos

Resumen:

Se analizó la casuística de intervención forense de los Juzgados de Chantada y Monforte (Área Sur de Lugo, Monforte y 11 Municipios), que tuvieron que ver con actos delictivos, en los que se presumió que la conducta disocial, tenía relación directa o indirecta, con un problema de enfermedad mental. Se estudió un total de 110 casos, en el período de enero del 98 a junio del 2000. Se reflexiona sobre los diagnósticos más frecuentes, especialmente los trastornos de la personalidad. Las conclusiones incluyeron que hasta un porcentaje del 19% sobre el total de delitos violentos fueron cometidos por enfermos mentales; de éstos, el 8,74% presentaron un trastorno de la personalidad.

Palabras clave:

Psiquiatría forense, delictogénesis, comportamiento antisocial, enfermedad mental, epidemiología, trastornos de personalidad, violencia.

Abstract:

In the present study, we analyze the forensic interventions related with criminal acts. It was suspected that disocial behaviors were due, direct or indirectly, to a mental disorder. The sample, consisted of 110 cases, was recruited in the Tribunals of Chantada and Monforte (South zone of Lugo, Monforte and eleven districts), from January 1998 to June 2000. As main conclusion we could manifest that 19% of the violent crimes were made for mental sick persons, and some of them, exactly the 8,7% suffered a personality disorder.

Keywords:

Crimegenesis, disocial behaviour, epidemiology, forensic psychiatry, mental disorders, personality disorders, violence.

Introducción

La repercusión en los medios de comunicación de la violencia ejercida por enfermos mentales introduce una cierta alarma social, que aunque no es nueva, sí es creciente en los últimos veinte

años. La violencia relacionada con la enfermedad mental es una significativa pequeña parte del cómputo total de agresividad social, pero cualitativamente debe centrar nuestro interés, primero porque es abordable desde los profesionales sanitarios y segundo porque debe tener un tra-

tamiento distinto al resto de la violencia. La inmensa mayoría de enfermos mentales, no son violentos, sino al contrario víctimas. Sin embargo existe subgrupos de pacientes cuyas patologías son facilitadoras de agresividad, estigmatizando al resto de enfermos mentales.

Determinados estados esquizofrénicos, trastornos paranoides, drogodependientes e intoxicados, trastornos afectivos con síntomas psicóticos, demencias, oligofrenias y algunos tipos de trastornos de la personalidad conllevan este plus de agresividad auto y heterodirigida.

Nuestro trabajo se centró en estos últimos hipotetizando que tanto categorial como dimensionalmente, constituye el elemento más importante.

Creemos que a pesar del incremento en el número de publicaciones sobre violencia por un lado y trastornos de la personalidad por otro, está por ver que se relacionen de manera suficiente (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14).

En el presente estudio, hemos pretendido hacer una descripción de los delitos violentos durante el periodo descrito, en el área sur de Lugo, en el caso de los trastornos de la personalidad.

Material y método

Se efectuó un estudio clínico-epidemiológico con objeto de obtener datos desde el punto de vista de la observación clínica sin ponderar «sensu-estricto» el valor estadístico.

Para la realización de esta investigación, hemos recopilado la información retrospectiva de todos los sujetos que evaluó el forense por una conducta delictiva violenta, y estableció al menos un diagnóstico provisional de enfermedad mental, en los juzgados de Chantada y Monforte de Lemos, en el período comprendido de enero de 1998 a junio del 2000.

A partir exclusivamente de las fichas de evaluación del forense, sin acceder al sumario, se comprobó que el 96% de los sujetos informados, tenían historia clínica en los servicios de salud mental del Hospital Comarcal de Monforte.

Para homogeneizar la muestra se excluyeron el 4% de sujetos que no tenían historial psiquiátrico en nuestro centro.

Se incluyeron un total de 110 casos con evaluación forense e historia previa o posterior en el servicio de psiquiatría.

Dado que nuestro estudio es retrospectivo y descriptivo, los datos han sido recogidos íntegramente de la historia médica.

Se utilizaron códigos diagnósticos de la CIE 10 (15), por considerar que es más integradora que la DSMIV (16), sin confinar a los trastornos de la personalidad a ninguna dimensión clínica diferente de otros trastornos mentales.

El área geográfica de estudio corresponde a Monforte de Lemos y 11 municipios más, comprendidos en el total del sur de Lugo. Los servicios de salud mental atienden una estimación poblacional de 58429 habitantes, de predominio rural, con núcleos de población muy dispersos. Es la más envejecida de toda la comunidad autónoma. La población menor de 14 años no llega al 11%, y los mayores de 64 años pasan del 31%, y de estos últimos el 45% tiene más de 75 años. Más del 40% de la población mayor de 10 años no tiene ningún tipo de estudio. El nivel económico medio de renta familiar se sitúa ligeramente por debajo de la provincial y autonómica (17).

A efectos de poder comparar, seguimos la agrupación para el estudio de conductas violentas, de otro trabajo realizado con anterioridad en Galicia (1), en: homicidio, intento de homicidio, agresión física a familiares, vecinos, desconocidos, amenazas a familiares, vecinos, desconocidos, médicos, jueces, escándalo público, robos y estafas, incendios, destrucción de propiedades.

En los delitos de escándalo público fueron valorados por el forense, para ver si había peligrosidad, pero fueron los únicos que no estaban acusados de delito.

Se valoró primero la muestra conjuntamente y después se separó un grupo, que incluyese el diagnóstico de trastorno de la personalidad solo o asociado.

En ambos se analizan no solo el tipo de delito, sino también las siguientes variables sociodemográficas: edad, sexo, estado civil, medio rural/urbano y ocupación.

Finalmente se solicitó a la Policía Nacional, que atiende la práctica totalidad en nuestro área de este tipo de intervención, la estadística de delitos totales, para los que se describen en nuestro estudio, cometidos en el período de tiempo valorado. (18)

Hemos realizado una comparación descriptiva entre los 2 grupos anteriormente expuestos, con el propósito de encontrar algunos rasgos diferenciales que nos permitieran predecir y controlar las conductas violentas.

Asimismo, hemos realizado una revisión bibliográfica, para la discusión, utilizando los tratados de psiquiatría al uso y las palabras clave de nuestro artículo en la base de datos de Medline, los últimos cinco años.

Resultados

Del total de 110 casos, se analiza el grupo de los trastornos de la personalidad (solos o asociados a otros diagnósticos) con 44 casos. Este grupo, aporta tres apartados de datos significativos: variables sociodemográficas, diagnóstico y tipología delictiva.

Datos sociodemográficos

La edad media de los individuos fue de 40,95 años. El 90% eran varones. El 33% estaban en paro y un 23% eran pensionistas. Labrador, resultó ser la ocupación más frecuente en los ocupados. Se apreció un 62% de solteros y 14% separados. El 80% de los pacientes vivían solos. El 70% residían en medio urbano.

Diagnóstico

En la **tabla I** se muestran el total de diagnósticos encontrados. En la **tabla II**, se refleja la acentuada comorbilidad que se apreció, ya consustancial a los trastornos de la personalidad. El total de pacientes se agrupa en 37 módulos diag-

Tabla I. Diagnósticos totales

- Oligofrenia y Trastorno orgánico de la personalidad
- Alcoholismo
- Politoxicomanía
- Trastorno Bipolar. Fase maníaca
- Esquizofrenia
- Demencia
- Trastorno Paranoide
- Trastornos psicóticos agudos y transitorios
- Trastorno esquizoafectivo
- Psicosis tóxica cannábica
- Simulación
- Trastorno de la personalidad

nósticos. Sólo se evidenciaron 8 casos, con diagnóstico único de trastorno de la personalidad, en 7 de los cuales se trataba de un trastorno paranoide de la personalidad.

Se constató que un 86% de los pacientes sin trastorno de la personalidad, presentaban un diagnóstico de alcoholismo. Frente a un 16% de alcoholismo asociado a los trastornos de la personalidad.

En el grupo de pacientes con trastorno de la personalidad, no se incluyeron 6 casos de trastorno orgánico de la personalidad, siendo los restantes 44 casos, el 40%, otros trastornos de la personalidad, que fueron los siguientes: trastorno de personalidad n.o., paranoide, antisocial, mixto (rasgos esquizoides y antisociales), obsesivo-compulsivo (1 caso), inestabilidad emocional, impulsivo, y pasivo agresivo.

Los trastornos de personalidad que de modo más frecuente cometieron delitos violentos fueron el Trastorno Paranoide de personalidad con 25% y Trastorno antisocial 40,9%. (**Tabla III**)

Tabla II. Módulos diagnósticos totales

1. Consumo perjudicial de alcohol (F10.1). / Trastorno de la personalidad n.o. (F60.9).
2. Esquizofrenia Paranoide. Subcrónica, con exacerbaciones agudas (F20.0). / Intoxicación aguda de alcohol. (F10.0).
3. Esquizofrenia Hebefrénica, (F20.1). Parafrenia. (F20.0).
4. Retraso Mental moderado (F71). / Trastorno orgánico de la personalidad. (F07.0).
5. Esquizofrenia Paranoide (F20.0). / Trastorno de la personalidad n.o. (F60.9).
6. Trastorno psicótico agudo Polimorfo sin síntomas de Esquizofrenia. (F23.0).
7. Esquizofrenia Paranoide. Estado residual (F20.03). / Politoxicómano (F19)). / Trastorno antisocial de la personalidad. (F60.2).
8. Trastorno Mixto de la personalidad (rasgos esquizoides y antisociales). (F61).
9. Esquizofrenia Paranoide, estado residual (F20.03). / Retraso mental leve (F70). / Síndrome de dependencia de alcohol. (F10.2).
10. Esquizofrenia Paranoide. F20.0).
11. Trastorno Bipolar. Episodio actual maniaco con síntomas psicóticos. (F31.2).
12. Demencia en la Enfermedad de Alzheimer de inicio tardío, con síntomas paranoides. (F00.1).
13. Trastorno esquizoafectivo de tipo maníaco. (F25.0).
14. Trastorno Paranoide de Perjuicio.
15. Trastorno psicótico mixto, debido al consumo de cannabis. (F12.5).
16. Retraso mental límite (F70). / Trastorno antisocial de la personalidad. (F60.2).
17. Trastorno psicótico mixto debido al consumo de alcohol. (F10.5).
18. Simulación (V65.2). / Trastorno antisocial de la personalidad. (F60.2).
19. Retraso mental leve (F70). / Consumo perjudicial de alcohol (F10.1). / Trastorno orgánico de la personalidad. (F07.0).
20. Politoxicómano (F19). / Trastorno antisocial de la personalidad. (F60.2).
21. Simulación (V65.2). / Trastorno Mixto de la personalidad (rasgos esquizoides y antisociales). (F61).
22. Esquizofrenia Paranoide. Estado residual (F20.03). / Dependencia de alcohol. (F10.2).
23. Trastorno bipolar. Episodio actual maníaco (F31.2). / Retraso mental leve. (F70).
24. Trastorno esquizoafectivo de tipo maníaco (F25.0). / Trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad. (F60.5).
25. Retraso mental grave. (F72).
26. Otros trastornos psicóticos agudos, con predominio de ideas delirantes (F23.3). / Trastorno psicótico con predominio de ideas delirantes, debido al consumo de alcohol. (F10.5).
27. Trastorno Paranoide de perjuicio / Trastorno por dependencia al alcohol (F10.2). / Trastorno paranoide de la personalidad. (F60.0).
28. Consumo perjudicial de alcohol (F10.1). / Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo impulsivo. (60.30).
29. Retraso mental leve (F70). / Trastorno orgánico de la personalidad. (F07.0).

Intervención forense por causa de salud mental, en el área sur de Lugo. Los trastornos de la personalidad

30. Consumo perjudicial de alcohol (F10.1). / Trastorno antisocial de la personalidad. (F60.2).
31. Consumo perjudicial de múltiples drogas o de otras sustancias psicotrópicas (F19.1). / Trastorno antisocial de la personalidad. (F60.2).
32. Trastorno paranoide de la personalidad. (F60.0).
33. Trastorno psicótico con predominio de síntomas polimorfos debidos al consumo de múltiples drogas o de otras sustancias psicotrópicas (F19.5). / Politoxicómano (F19). / Trastorno antisocial de la personalidad. (F60.2).
34. Esquizofrenia Hebefrénica (F20.1). / Retraso mental leve. (F70).
35. Trastorno pasivo-agresivo de la personalidad (otros trastornos específicos de la personalidad). (F60.8).
36. Esquizofrenia Paranoide. Estado residual (F20.03). / Consumo perjudicial de alcohol (F10.2). / Trastorno antisocial de la personalidad. (F60.2).
37. Trastorno paranoide de perjuicio / Trastorno Paranoide de la personalidad. (F60.0).

Tabla III

Diagnóstico de trastorno personalidad	Nº casos	Porcentaje
Trastorno de personalidad no especificado	6	13.63
Trastorno paranoide de personalidad	11	25
Trastorno antisocial de personalidad	18	40.90
Trastorno mixto de personalidad	4	9
Trastorno obsesivo de personalidad	1	2.27
Trastorno de inestabilidad emocional, tipo impulsivo de personalidad	2	4.54
Trastorno pasivo-agresivo de personalidad	2	4.54
Total	44	99,9

Tipología delictiva

Las **tablas IV y V** recogen por tipo de delito, los llevados a cabo por pacientes sin y con trastorno de la personalidad respectivamente. Los datos aportan un total de 179 actos delictivos violentos, de los cuales 87, se atribuyeron a pacientes sin trastorno de la personalidad asociado y 92 al grupo de pacientes con trastorno de la personalidad. El grupo de pacientes con trastorno de la perso-

nalidad, a pesar de menor número de casos, concentra un mayor índice de actos violentos.

Se registraron 3 homicidios cometidos por enfermos mentales, 1 tenía esquizofrenia paranoide y 2 eran politoxicómanos con trastorno antisocial de la personalidad.

El delito más frecuente en los trastornos de la personalidad fue la agresión y amenazas a familiares con un 29,5% de los casos.

Tabla IV. Tipo y número de actos delictivos en 2 años en el grupo de pacientes sin trastorno de la personalidad asociado

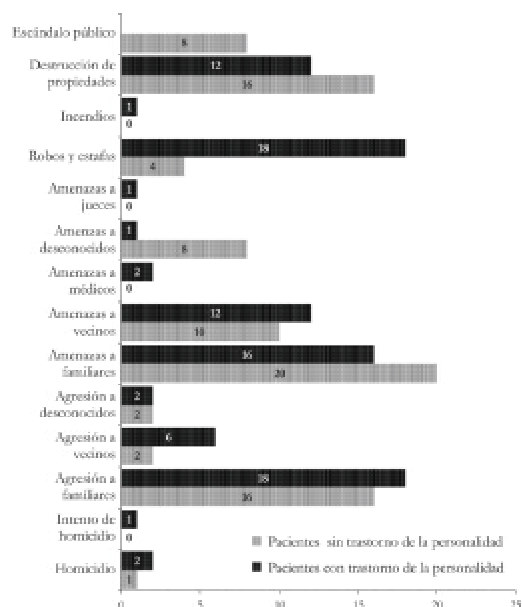
Homicidio		1
Intento de homicidio		0
Agresión	A familiares	16
	A vecinos	2
	A desconocidos	2
Amenazas	A familiares	20
	A vecinos	10
	A médicos	0
	A desconocidos	8
Escándalo público		8
Robos y estafas		4
Incendios		0
Destrucción de propiedades		16
Total		87

Tabla V. Tipo y número de actos delictivos en 2 años en el grupo de pacientes con trastorno de la personalidad asociado

Homicidio		2
Intento de homicidio		1
Agresión	A familiares	18
	A vecinos	6
	A desconocidos	2
Amenazas	A familiares	16
	A vecinos	12
	A médicos	2
	A juez	1
	A desconocidos	1
Escándalo público		0
Robos y estafas		18
Incendios		1
Destrucción de propiedades		12
Total		92

En los trastornos de la personalidad, los delitos fueron actos violentos más dirigidos, destacando la presencia frente a los no trastorno de la personalidad de piromanía, y amenazas a profesionales, asimismo, se consignaron más número de robos y estafas.

Cruzando los datos de delitos cometidos por enfermos mentales con el total de delitos de la población entre 1998 y 1999, suministrados por la Policía Nacional de Monforte (18), se apreció que hasta un 19% del global de delitos violentos, fueron cometidos por enfermos mentales. De ellos el 8,74% presentaban un trastorno de la personalidad. Los 3 únicos homicidios, fueron cometidos por individuos con enfermedad mental asociada. Destacó la ausencia de actos violentos en grupo cometidos por enfermos mentales, excepto en uno de los casos de homicidio. No en todos los casos, se relacionaba la conducta violenta con enfermedad, pero esto ocurrió en menos del 2% de los casos.

Figura I

Discusión

La agresión o la violencia no están contempladas en los manuales clasificatorios de psiquiatría como un trastorno específico, y es preciso adscribirla a algún tipo de trastorno (1).

Como resume Arango (2), de los diferentes tipos de estudios sobre violencia y enfermedad mental, en individuos arrestados, pacientes hospitalizados, ambulatorios, de familias con un enfermo mental, y de campo, el nuestro sería mixto, procedente de pacientes arrestados, que en un área muy circunscrita, fueron previa o posteriormente, pacientes ambulatorios.

Calidad de la evaluación

Nos llamó la atención, al plantearnos un acercamiento a los trastornos de la personalidad, que precisamente este grupo diagnóstico, apenas figuraba en los informes de evaluación por el forense no psiquiatra, en comparación con los mismos casos y su historial de salud mental. Menos de un 10% de los trastornos de personalidad, se detectaron en primera instancia. Los motivos por los que los trastornos de la personalidad no reciben mayor atención puede ser que conllevan cronicidad, difícil manejo y frecuentemente agresividad, poco susceptibles de tratamientos médico-biológicos, y que tienden a solaparse con los diagnósticos del eje I. (3, 5, 7, 19, 20, 21)

Trastorno de la personalidad. Frecuencia

Los datos de nuestro estudio indicaron que los módulos diagnósticos en que se incluía un trastorno de la personalidad, tenían comportamientos más violentos cuanti y cualitativamente. Por un lado, con mayor número de actos delictivos, a pesar de menos casos. De otro, la tipología delictiva fue más amplia, con modalidades que no aparecían en los casos sin trastorno de personalidad, como piromanía, amenazas a profesionales, e intento de homicidio.

En torno al 50% de los pacientes psiquiátricos presentan en general un trastorno de la personalidad (8, 22, 23), lo que también ocurre en nues-

tra casuística del 40%. Destaca el porcentaje anormalmente elevado, de los clásicos trastornos de personalidad asociados a la violencia, el paranoide y el antisocial. En todos los casos de violencia del trastorno paranoide de personalidad, ésta era previsible, como se recoge en los datos de la historia clínica. En los individuos con personalidad antisocial, la conducta violenta delictiva fue más impulsiva. Ambas características coinciden con la mayoría de estudios. (1, 6, 7, 14)

No apareció ningún trastorno de personalidad fuera de los reflejados en la **tabla III**.

Violencia, trastorno de la personalidad y consumo de alcohol y sustancias

La relación alcohol-drogas y conducta violenta está bien establecida. El alcohol, disminuye la inhibición y la capacidad cognitiva, y favorece la aparición de comportamientos violentos. Los enfermos mentales presentan cifras mayores de episodios violentos, si hay un consumo concomitante de alcohol y/o drogas. En nuestro estudio, para los trastornos de personalidad, en que se daba menor consumo de sustancias, había en cambio mayor índice delictivo. Se sugiere que determinados trastornos de la personalidad (trastorno paranoide y antisocial), son facilitadores de violencia por sí mismos, como lo es el consumo de alcohol. (1, 2, 5, 8)

Encontramos que el trastorno de la personalidad antisocial, fue el más ligado al consumo de diferentes sustancias, incluido el alcohol. Esta relación puede atribuirse a influencias económicas y a la dinámica social, más que a procesos intrapsíquicos específicos. Entre los antisociales, las oportunidades de ganancia material (por lo menos para los que trafican con sustancias) y la mejora de la posición socioeconómica son razones poderosas para involucrarse en estas actividades. Para otros, la motivación intrapsíquica puede ser la disolución de los sentimientos de culpa y autodestrucción, que produce el consumo de sustancias. (1, 9, 24, 25)

Los diagnósticos

Si consideramos los trastornos de la personalidad como una enfermedad más, tal como dice la OMS, (15) en el presente estudio, concentrarían la mayor incidencia de actos violentos.

Las cifras bajas de actos violentos cometidos por pacientes psiquiátricos se obtienen cuando solo se estudian los psicóticos (en especial los homicidios cometidos por psicóticos), y las cifras altas cuando además se consideran las otras categorías nosológicas. (2, 26)

Existen por exceso y por defecto problemas a la hora de valorar la violencia de los enfermos mentales. Es el caso por ejemplo del diagnóstico de trastorno de personalidad que se tiende a obviar y a quedar eclipsado, por el diagnóstico en el eje I, como veíamos en la nota de evaluación forense al compararla con la de la historia clínica. En cambio, utilizando el DSM, como instrumento diagnóstico, por ejemplo la totalidad de los internos de un presidio, padecerían algún trastorno mental. Es preciso, para ponderar adecuadamente, el establecer la contingencia de la violencia y el trastorno mental, diferenciar cuando un acto violento está relacionado directamente con el cuadro psicopatológico y cuando no es así. En nuestro trabajo, no en todos los casos, se relacionaba la conducta violenta con enfermedad, pero esto ocurrió en menos del 2% de los pacientes. (1, 2, 5, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 22, 27, 28, 29, 30)

El incremento de la violencia

Siempre que se mencione que los pacientes mentales pueden ser violentos, deberá recordarse al mismo tiempo, que lo son menos que la población general, y que la violencia que ellos sufren por ser pacientes mentales, es mucho más grave que la que ellos puedan provocar. (1, 2, 3, 9, 10, 31)

Diferentes autores subrayan, que la violencia en los países occidentales aumentó espectacularmente y que la violencia relacionada con los problemas psiquiátricos, aumentó tanto o más que

la violencia general. Desde hace años, los marcadores de la violencia oculta y abierta en la sociedad se dispararon y todo indica que la tendencia es creciente. Las estadísticas españolas no indican sin embargo, cuantos de estos delitos están relacionados con patologías psiquiátricas, aunque puede suponerse, que el aumento habrá sido proporcional o superior. (1, 2, 5, 32) En un futuro estudio comparativo, para nuestra área, podremos apuntar datos a este respecto.

Factores socioeconómicos

La bibliografía sobre los factores sociales y económicos que pueden desempeñar un destacado papel en la génesis de los comportamientos violentos es hoy en día inabarcable y va desde el aislamiento prolongado o los malos tratos en la infancia hasta la disarmonía matrimonial. (1, 21, 31, 32) Recogimos, que la mayor parte de los pacientes, sin diferencia en cuanto a trastorno de la personalidad como diagnóstico, u otro, mostraban un perfil de desarraigo, con predominio urbano, en un medio principalmente rural, al que pertenece el área del estudio (17). Con escaso soporte familiar, ya que la mayoría vivían solos, aunque esto puede estar más relacionado con las consecuencias de su violencia, que con el origen, puesto que el acto violento con mayor número de casos, fue la violencia familiar.

Sexo

Aunque algunos estudios sugieren que puede haber subgrupos de mujeres, con alto riesgo de comportamiento homicida (33), en general es significativamente mucho más frecuente el comportamiento violento en enfermos mentales varones. (2, 4, 5, 6, 7, 32, 34)

Otros estudios

Se resumen en la **tabla VI**. (1, 2, 5, 8, 26)

Incumplimiento del tratamiento

La gran mayoría de pacientes (superior al 75%), registraban incumplimiento de las prescripciones, siendo ésta una de las variables que más se

asocian a la violencia, en estudios ambulatorios (2, 35).

Conclusiones

En un número significativo de casos, la evaluación forense no especializada, produce discordancias diagnósticas problemáticas con respecto a la valoración posterior de salud mental; lo que nos lleva a la necesidad de dotación de psiquiatras forenses, en áreas de población como la nuestra.

Cruzando los datos con el registro de actividad delictiva de la Policía Nacional de nuestra área, en el período de enero de 1998 a junio del 2000, hasta casi un tercio de los delitos totales tuvieron relación con enfermedades mentales, (teniendo en cuenta que no se consideró como caso, un diagnóstico único de toxicomanía). En más de la mitad, de este tercio, existe un trastorno de la personalidad.

Se observa una mayor violencia en determinados trastornos de la personalidad como el antisocial y el paranoide.

Esta peligrosidad se ve agravada en un perfil de varón, desarraigado, sin expectativa laboral, y sin núcleo o soporte familiar

La comorbilidad y/o asociación de trastornos mentales mayores y consumos psicotóxicos, es significativamente el módulo diagnóstico más frecuente y violento.

Por último, señalar la necesidad de protocolos más adecuados de protección a la familia, y la población en general, frente a la violencia de la enfermedad mental.

Agradecimientos

Al Servicio Forense y La Policía Nacional de Monforte de Lemos.

Bibliografía

1. Agra Romero S, Angosto Saura T, Barrionuevo Céspedes T, Díez Fernández ME, Fernández Sastre JL, Sánchez Lafuente T, Haza Duaso MA. Monografía Violencia e Saúde Mental. Lamas Crego S, Filgueira Bouza MS, directores. Colección Saúde Mental, Serie Reforma Psiquiátrica 1990; ed Xunta de Galicia; 13-129.
2. Arango López C, Calcedo Barba A, González Salvador M^{PT}, Calcedo Ordoñez A: Violencia y enfermedad mental. Atención Primaria y Salud Mental 2002; 5:12-17.
3. Carrasco Perera JL: Trastornos de la personalidad. Monografías de Psiquiatría 1999; 11(5):35-37.
4. Caballero M, Pereira M, Morales V, Guerrero G, Fernández A, Palacios AJ, Granada O: Valoración de conductas violentas en la unidad psiquiátrica de hospitalización en un hospital general. Actas III Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría Legal, 1996; 57-59.
5. Phillips CA, Gunderson JG. Trastornos de la personalidad. En Tratado de Psiquiatría. Hales RE, Yudofsky SC, Talbott JA, directores; segunda edición 1996; ed Ancora SA y The American Psychiatric Pres; cap 22: 743-68.
6. Marietan H. Personalidades psicopáticas. Mesa Redonda: Personalidades psicopáticas: tres enfoques. Simposio Regional WPA organizada por la AAP el 22 de Octubre de 1999
7. Mata E. Neurobiología del psicópata. Mesa Redonda: Personalidades psicopáticas: tres enfoques. Simposio Regional WPA organizada por la AAP el 22 de Octubre de 1999.
8. Tardiff KJ. Violencia. En Tratado de Psiquiatría. Hales RE, Yudofsky SC, Talbott JA, directores; segunda edición 1996; ed Ancora SA y The American Psychiatric Pres; cap 37: 1333-55.
9. Blackburn R. The person and dangerousness. En Psychology and law. Muller DJ, Blackman DE, Chapman AAJ, eds. Chichester: Wiley, 1984;102-111.
10. Choice GP: Four difficult questions. BMJ Psy 1999; 318:0.
11. Carrasco Gómez JJ: Psiquiatría forense. Monografías de Psiquiatría 1999; 11(5):72-74.
12. Millon T. Trastornos Antisociales de Personalidad y Personalidades con problemas interpersonales. En Trastornos de la personalidad, 1999; Ed Masson SA; 460-77.
13. Valverde Molina JM: Personalidad delincuente o conducta desadaptada?. Arbor 1987; 494:115-120.
14. Siever LJ, Klar H, Coccaro E. Biological response styles: Clinic implications. In Psychobiological substrates personality. Siever LJ and Klar, eds American Psychiatric Press; 38-669.
15. López Ibor JJ. CIE 10, clasificación internacional de la OMS de las enfermedades, trastornos mentales y del comportamiento. 1992; ed española, Meditor.

16. López Ibor JJ. DSM- IV, manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 1995; ed española, Masson SA
17. Memoria de actividad del Hospital Comarcal de Monforte. Ed Xunta de Galicia.2000
18. Anuarios delictivos 98-99 de la Comisaría de Policía Nacional de Monforte de Lemos.
19. Saiz Ruiz J: Psiquiatría y violencia. Monografías de Psiquiatría 1998; 10(1):1.
20. Caballero Martínez L. Relación médico-enfermo y psicoterapia en los trastornos de la personalidad. En Trastornos de la personalidad. Bernardo M y Roca M, eds.Masson 1998;123-152.
21. Medina Vicioso VA. Violencia Sexual. Los agresores. Atención Primaria y Salud Mental 2002; 2(5) 16-33.
22. Martín Bayón D, Gómez-Zurita López G. Trastornos de la personalidad, talleres de formación. Atención Primaria y Salud Mental 2002; 5 (1): 36-43.
23. Kaplan HI, Sadock BJ. Sinopsis de Psiquiatría; 1999; ed octava, Editorial Médica Panamericana SA.
24. Myers MG, Stewart DG, Brown S: Progresión del trastorno antisocial de la personalidad antisocial posteriormente al tratamiento de la drogadicción en la adolescencia. Am J Psychiatry 1998; 155:479-485.
25. Clodfelter RC JR, McDowell DM: Trastorno bipolar y abuso de sustancias: etiología, comorbilidad, tratamiento. Psychiatr Ann 2001; 31:294-99.
26. Fallon P, Buglass R, Edwards B, Daniels G: Report of the committee of inquiry into the personality disorder unit, Ashworth Special Hospital. London: HMSO, 1999.
27. Eastman N: Public Health psychiatry or crime prevention?. BMJ Psy 1999; 318: 549-551.
28. Spitzer RL, Feister S, Gay M, Pfohl B: Results of a survey of forensic psychiatrists on the validity of the sadistic personality disorder diagnosis. Am J Psychiatry 1991; 148:875-879.
29. Henn FA, Herjanic M, Vanderpearl RH: Forensic psychiatry: profiles of two types of sex offenders. Am J Psychiatry 1976; 133:694-696.
30. Eastman N: Who should take responsibility for antisocial personality disorder?. BMJ Psy 1999; 318:206-207.
31. Rojas Marcos. Conferencia magistral. Curso Avances en Psiquiatría. Grupo Aula Médica. 2000. Madrid.
32. Trieman N, Leff J, Glover G: Outcome of long stay psychiatric patients resettled in the community: prospective cohort study. BMJ Psy 1999; 319:13-16.
33. Eronen M: Mental disorders and homicidal behavior in female subjects. Am J Psychiatry 1995; 152:1216-1218.
34. Carrasco Perera JL, Sáiz Ruiz J: Biología de las conductas violentas. Monografías de Psiquiatría 1998; 10(1):2-4.
35. Milton J, Amin S, Singh SP, et al: Incidentes agresivos en el primer episodio de psicosis. BMJ Psy 2001; 178:433-40.