

Violencia y salud mental

ALFREDO SAAVEDRA-CASTILLO

RESUMEN

Se revisa la relación existente entre la violencia y la salud mental. Al inicio, se revisa los conceptos generales de violencia y la perspectiva macrosocial. Posteriormente, se desarrolla el concepto de violencia y seguridad ciudadana, presentando el estudio nacional sobre los problemas psicosociales mayormente relacionados con la seguridad ciudadana, en el que el alcoholismo y la drogadicción están entre las primeras 4 causas. A continuación, se analizan tales hallazgos por regiones, la magnitud de la dependencia de drogas, los estudios sobre las diversas conductas antisociales y el consumo de drogas haciendo un énfasis en el alcohol y los derivados de la cocaína, revelando que tales conductas son sumamente prevalentes. Posteriormente, se revisa la relación entre las conductas violentas y la salud mental, vista desde los estudios epidemiológicos nacionales e internacionales, que evidencian la alta participación del alcohol y drogas en la explicación de la conducta violenta y su fuerte relación con otras patologías de salud mental, como la psicosis, los trastornos orgánico cerebrales y trastornos de personalidad. Se hace una referencia a los estudios sobre las conductas delictivas y el sistema judicial, revisándose la relación entre delitos y consumo de sustancias, desde los delitos leves hasta el homicidio. Posteriormente se hace una revisión sobre violencia doméstica, destacando el abuso infantil y la relación encontrada con abuso de sustancias parentales, patología de personalidad severa parental y el maltrato en la infancia. Asimismo, se revisa los factores etiológicos de la violencia y el consumo de drogas desde una perspectiva biopsicosocial. Finalmente se desarrolla la conceptualización de la personalidad antisocial, para luego analizar su relación con el consumo de drogas y las diversas consideraciones sobre el diagnóstico diferencial.

PALABRAS CLAVE: Violencia, consumo de sustancias, criminalidad, salud mental, psicopatización.

ABSTRACT

The author reviews the relationship between violence and mental health. Initially, a review about general concepts of violence is made in order to place oneself into a macrosocial perspective. Subsequently, the concept of violence and citizenship security is developed, presenting a national survey about psychosocial problems that are mainly related to citizenship security in which alcoholism and drug addiction are placed among first causes. Such findings are below analysed by regions where the problem concerning drugs and street and social violence are closely connected. Afterwards, the extent of drug dependence is shown considering it one of the most significant ways of social violence, providing specific number about people affected. Likewise, studies about diverse antisocial behaviors and drug use are most specifically developed with emphasis on alcohol and cocaine derivatives, stating such behaviors are mostly prevalent ones. Later, the author reviews the relationship between violent behaviors and mental health seen from the national and international epidemiological studies so that it is evident, on one side, the high involvement of alcohol and drugs in the explanation of a violent

behavior and also the strong relationship of these with other mental health pathologies like psychosis, brain organic disorders and several personality disorders. A reference to the studies about criminal behaviors and judicial system is also provided below with a review of the relationship between crimes and substance use. Subsequently, a review about domestic violence is made in which children abuse and its relationship with parental substance abuse, strong parental personality pathology and maltreatment in childhood are emphasized. A review about etiological factors of violence and drug use from a biopsychosocial perspective with an emphasis on most remarkable data of each, but making evident many confluences in etiological factors of both conditions. Finally, a conceptualization of antisocial personality is made to analyse then its relation to drug use and several considerations about differential diagnosis.

Key words: Violence; Substance use, Criminality; Mental health; Psychopathology

ASPECTOS GENERALES

La violencia se ha convertido en un fenómeno ubicuo en nuestras sociedades, y particularmente en el Perú la violencia terrorista ha cobrado más de 69280 muertes en las últimas dos décadas (1980-2000)⁽¹⁾. A su vez, la violencia es un fenómeno que ha secularmente a nuestras sociedades, marcando no sólo la historia social, sino también la historia de familias e individuos.

Médico Psiquiatra, Director Ejecutivo del Instituto de la Memoria y Desórdenes Relacionados (IMEDER). Editor de la Revista Eradicaciones. Past Presidente de la Asociación Peruana de Adicciones. Miembro del Board de la Sociedad Internacional de Medicina de Adicciones ISAM.

Correspondencia: E-mail, insmemoria1@hotmail.com.pe / Fax: (51-1)440-7585. Calle Los Galeanos 976, Lima 33. Telf.: (51-1)448-22 37.

* Artículo publicado en la Revista de la APAL (Asociación Psiquiátrica de América Latina)



Si bien la violencia es un fenómeno muy complejo y abarca desde la violencia terrorista, hasta la violencia doméstica, en las últimas décadas han emergido junto con la modernidad nuevas formas de violencia fundadas en la desestructuración de la familia y la sociedad⁽²⁾.

Partiendo de los aspectos conceptuales, hoy en día la violencia hace referencia al uso de la fuerza para producir daño. Implica una forma de ejercicio del poder mediante el empleo de alguna forma de fuerza (sea verbal, física, política, económica, etc.) y presupone la existencia de un “arriba” y un “abajo”, reales o simbólicos, que adoptan habitualmente la forma de roles complementarios: padre/hijo, hombre/mujer, jefe/ empleado, general/soldado etc. A su vez, según los sociólogos contemporáneos, el poder suele ser de tres tipos⁽³⁾:

- **Fuerza.** La fuerza es la coerción física o la amenaza de hacer uso de ella. El uso de la fuerza se opone a gran parte de nuestros valores fundamentales, como la igualdad, la libertad y la importancia de la personalidad individual.
- **Autoridad.** Un segundo tipo, la autoridad se basa en el concepto de legitimidad, “la justificación de la conducta con base en normas y valores culturales o subculturales”. La autoridad es un poder legítimo, es decir, basado en normas y valores.
- **Influencia.** Este tercer elemento se define como la capacidad para controlar la conducta de los otros más allá de lo que puede hacer cualquier otro tipo de autoridad.

Finalmente desde la perspectiva macrosocial, la violencia puede tipificarse en cuatro grandes categorías⁽³⁾. De un lado, se halla la violencia internacional, donde destacan las guerras y los conflictos, la globalización, los medios de comunicación, el terrorismo y el tráfico ilícito de drogas. En segunda instancia tenemos la violencia nacional, donde se ubican la pobreza, la corrupción, la delincuencia y el tráfico ilícito de drogas. En el tercer rubro se haya la violencia comunitaria, donde resaltan la violencia juvenil, los niños(as) de la calle, la violencia sexual, la prostitución, y la microcomercialización de drogas, para finalmente tener a la violencia doméstica o familiar, donde tenemos a la violencia familiar y en especial el maltrato infantil.

Bajo este marco, la violencia relacionada al alcohol y otras drogas en los diversos escenarios va a tener características diferenciadas y la aparición de la misma va a ser el resultado de una interacción compleja entre el individuo y los factores ambientales, sociales e incluso culturales ya sea en el sentido que promuevan o inhiban los actos violentos. Los hallazgos de numerosos estudios implican una serie de variables que incluyen factores de personalidad, expectativas individuales, elementos situacionales e influencias socioculturales, que pueden interactuar con los efectos farmacológicos de una droga determinada⁴.

VIOLENCIA SOCIAL Y SEGURIDAD CIUDADANA

Para empezar un análisis más centrado en la realidad peruana, disponemos de la percepción de la población peruana en torno a los problemas que más afectan en la seguridad del barrio o centro poblado a nivel nacional. (Tabla 1). Lo primero que destaca es que de las diversas causas vinculadas a problemas de seguridad pública en primera instancia se halla el alcoholismo con 38,7%; luego los robos callejeros, 32%; la drogadicción callejera, 25%, las peleas de la calle, 23,8%; pandillaje, 23,3% y la prostitución, 4,2%⁽⁵⁾.

Del análisis de estos datos a nivel de las distintas regiones del país se puede afirmar que los problemas de seguridad pública son más marcados a nivel de Lima Metropolitana, en la región de la costa y en las zonas urbanas del país (Tabla 2). De otro lado, el alcoholismo se vincula como el primer causante de problemas de seguridad pública en todo el país, con cifras que van del 25% al 43%. En segunda instancia, está la drogadicción, que es responsable de los problemas de seguridad del país en especial en Lima, la región de la costa y las zonas urbanas del país con cifras entre 32% y 47%. Asimismo, es de relevancia que el tema de drogas ilegales es bastante infrecuente en el plano rural como en la sierra, donde el alcoholismo se posiciona como causante predominante de esta problemática. A continuación se ubican las pandillas y las peleas callejeras y los robos como problemas vinculados a la seguridad pública, destacando su participación en Lima, costa y zonas urbanas del país⁽⁵⁾.

Desde la perspectiva de las drogas, uno de los primeros elementos de análisis se refiere al diagnóstico de su magnitud, que se constituye como un primer elemento violento en nuestra sociedad. Tabla 3.

Con ello podemos apreciar y redondeando las cifras podríamos decir que cerca de un millón de peruanos son alcohólicos, con los criterios más actualizados (ICD-10), y de estos alrededor de 750 mil son varones y 260 mil son mujeres. A su vez, cerca de 800 mil se hallan con adicción al tabaco, 30 mil con tranquilizantes, 27 mil con Pasta Básica de Cocaína, 3000 con marihuana, 4500 con clorhidrato de cocaína y 5500 con inhalantes. Aquí es pertinente puntualizar que, en lo que respecta a las drogas ilegales, suele haber un subreporte que ya ha sido analizado en estudios anteriores (particularmente en escenarios europeos, donde se calcula que las cifras así obtenidas deberían duplicarse a triplicarse) y se debe en esencia a que las drogas ilegales tienen un alto grado de estigmatización y todos estos estudios, al igual que los realizados a nivel internacional son autorreportes por el propio sujeto, en los que la validación de la información no es posible de ser contrastada⁶. A su vez, es importante resaltar que es muy frecuente que los casos de alcoholismo se superpongan con otras adicciones,



en el sentido que hoy en día la asociación entre alcoholismo y otras adicciones es bastante elevada (particularmente con la cocaína, con cifras que ascienden a 50 a 85%). Esto implica que con una mensura epidemiológica muy cercana del alcoholismo vamos a estar midiendo gran parte de la problemática de las drogas ilegales, cuya medición a través de estas metodologías poco válida. Esto se refrenda de manera indirecta cuando, en una proporción casi paralela al alcoholismo, se les cita como causa de problemas en la seguridad pública, lo que se aprecia en las Tablas 1 y 2.

CONDUCTAS ANTISOCIALES, ADICCIONES Y PROBLEMAS DE SALUD MENTAL DESDE PERSPECTIVA DE ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS SOBRE VIOLENCIA

En el Perú, un estudio nacional de la Oficina General de Epidemiología, a través del Sistema de Vigilancia Epidemiológica, sobre violencia familiar en 8 ciudades, encontró que el 84,7% de la víctimas fueron mujeres; los victimarios en el 70%, pareja/conviviente y en el 87%, entre los 15 y los 49 años. En cuanto al consumo de alcohol/drogas, el 60% estaba ecuaníme, pero que el 35,6% estaba intoxicado por alcohol y otro 4,5%, por alcohol y otras drogas. Dentro de las causas atribuidas los problemas familiares alcanzaron el 38,9%; los celos, 26,2% y las razones económicas, 11,9%⁽⁷⁾.

En cuanto al plano internacional, el famoso estudio de ECA, realizado en 1990, evaluó a nivel comunitario poblacional, mediante el Instrumento Diagnóstico de Investigación (DIS), la prevalencia de problemas de salud mental (DSM-III) y la violencia. La muestra final estuvo constituida por 10 767 sujetos. Los hallazgos más destacables fueron que las personas sin trastornos de salud mental ($n = 7870$) tuvieron un 2% de tasas de conductas violentas en su vida; los que tuvieron abuso/dependencia de alcohol ($n = 586$), 24,5% de prevalencia de conductas violentas y los con abuso/dependencia de drogas ilegales, 19,2%. Si bien se observa claramente que el riesgo de incurrir en una conducta violenta se elevó entre 12 y 9 veces, respectivamente. Es importante destacar que no toda la conducta violenta estuvo explicada por los trastornos adictivos. Otro trastornos de importancia fueron: esquizofrenia con un prevalencia de violencia de 12;6%; depresión mayor, con 11,6% y trastornos bipolares, con 11%. Otro dato a destacar fue que a mayor número de trastornos mentales asociados con los trastornos adictivos mayor riesgo de conductas violentas. Las prevalencias suben a 20% y hasta 30% en caso de asociaciones entre trastornos adictivos y trastornos afectivos o trastornos esquizofrénicos⁽⁸⁾.

Otro estudio epidemiológico bastante significativo es el de Hodgins y col en 1992, en una muestra poblacional no aleatoria en Suecia, que logró evaluar una cohorte de 164 044

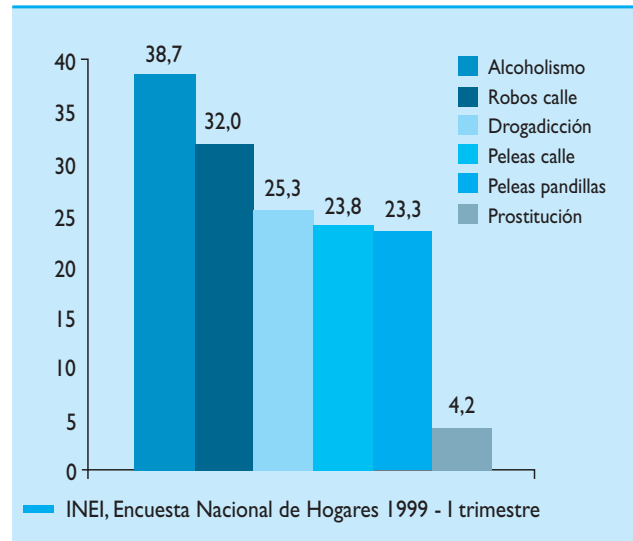


Figura 1. Problemas que más afectan la seguridad del barrio o centro poblado: ámbito nacional

personas seguida desde el nacimiento hasta los 30 años. Se encontró que en los varones, para la década del 90, la prevalencia de delitos violentos fue 1,5% en personas sin trastornos mentales ($n = 155 580$); 10,5% para aquellos con trastornos relacionados al alcohol; 13% para los con problemas de drogas ilegales; psicosis, 6,7%; retardo mental, 11,4%; trastornos orgánico cerebrales, 4% y trastorno de personalidad antisocial, 10,8%.

El estudio evaluó otros delitos como el robo, la estafa y el vandalismo. Para el robo, la prevalencia en personas sin problemas mentales fue 2,7%; en los que tenían trastornos relacionados con el alcohol, 8,3% y para las drogas ilegales, 31,3%. Para la estafa, la tasa en personas sin diagnóstico mental fue 1,7%; en las que tenían problemas con alcohol, 11,8% y para drogas, 15,9%. En el vandalismo, la tasa en personas sin problemas mentales fue 0,4%; en las personas con problemas de alcohol, 4,6% y para aquellas con problemas de drogas ilegales, 7,2%.

Tabla 2. Perú: Problemas que más afectan la seguridad del barrio o centro poblado, por ámbito geográfico

Problemas	Total	Área urbana	Área rural	Costa	Sierra	Selva	Lima Metro
• Robos callejeros	32,0	41	11,1	35,4	21,8	15,0	45,7
• Peleas de pandillas	23,3	32,4	2,2	18,4	6,1	7,6	48,8
• Peleas callejeras	23,8	27,9	14,2	27	19,6	15,5	28,5
• Drogadicción	25,3	34,7	3,3	32,5	3,0	9,4	47,2
• Alcoholismo	38,7	40,9	33,7	33,6	43	25,9	43
• Prostitución	4,2	5,3	1,5	6,1	1,3	2,6	6,1

INEI: Encuesta Nacional de hogares 1999, I trimestre



En cuanto a los delitos vinculados al tránsito vehicular, en aquellos sin patología mental la prevalencia fue 0,2%; para el alcoholismo, 2,2% y para las drogas ilegales, 4,8%⁽⁹⁾.

Posteriormente el mismo Hodgins evalúa para mediados de los 90 una cohorte nacida entre 1944 a 1947 y la sigue durante 43 años, con una cohorte final de 324 401. Los resultados más destacables fueron que en general los varones sin problemas de salud mental tenían más conductas violentas que las mujeres (6,1% vs. 2,1%) para la década 1978-1990. En los varones, las cifras de por lo menos un delito fueron 35,8% para aquellos con problemas de alcohol; 46,2%, para los que sufrían de problemas de drogas ilegales; 32,4%, en la personalidad antisocial; 31,7%, en los trastornos orgánico cerebrales; 23%, en las psicosis y 42,4% en el retardo mental. Es decir, el aumento de la proporción en los varones sin un trastorno mental fue entre 2 y 7 veces más⁽¹⁰⁾.

En el caso de las mujeres, aquellas sin trastorno mental tuvieron un 2,1% de conductas violentas. En aquellas con por lo menos un delito se encontró problemas de alcohol en 18,7%; problemas de drogas, 23,7%; personalidad antisocial, 13,6%; trastornos orgánico cerebrales, 9,6%; psicosis, 9,5% y retardo mental, 11,6%. Es decir, el aumento en la mujeres sin trastorno mental fue de 4 a 11 veces más⁽¹⁰⁾.

Como se desprende de los estudios epidemiológicos reseñados se puede concluir que tanto las conductas violentas como las delincuenciales están fuertemente relacionadas con problemas de salud mental, dentro de los que prevalecen los problemas relacionados al alcohol y las drogas ilegales, pero también otras patologías de salud mental como los trastornos de personalidad severos, la psicosis y los cuadros orgánico cerebrales (retardo mental). Estas condiciones han sido obtenidas de muestras poblacionales con lo que el sesgo de establecimientos psiquiátricos ha sido descartado y con lo que se puede visualizar la complejidad de la conducta violenta y delincencial.

CONDUCTAS ANTISOCIALES Y ADICCIONES DESDE LA PERSPECTIVA DE ESTUDIOS CLÍNICOS

Alcohol

De otro lado, la relación existente entre el consumo de drogas y las diversas conductas antisociales, como la agresividad, la deshonestidad, la tendencia a las mentiras, el robo recurrente y variadas formas de violencia verbal y física, ha sido ampliamente estudiada desde la perspectiva de los estudios clínicos en el Perú. A ese respecto, es pertinente anotar, que desde los primeros estudios sistemáticos en el Perú, hace cerca de tres décadas, se ha podido constatar que el consumo crónico de sustancias psicoactivas, pero en particular, aquellas de mayor consumo en nuestro medio como el alcohol, los estimulantes (cocaína y derivados), y en menor proporción la marihuana, se han asociado al desarrollo progresivo de tendencias antisociales con el consiguiente trastocamiento en el área de los valores y la trasgresión de diversas normas sociales, con la consecuente deformación de la personalidad del sujeto, desarrollando síntomas antisociales de diversa naturaleza, que son producto no sólo del efecto intoxicante crónico de la sustancias, con las subsecuentes alteraciones moleculares, en especial la regulación ascendente de los receptores excitatorios de tipo N-metil de aspartato (NMDA), sino de la interacción con los vínculos sociales disfuncionales y la subcultura relacionada al consumo de sustancias. Tales síntomas fueron denominados por Rotondo, a fines del 70 como la psicopatización o lo que hoy en día es más conocidos en las clasificaciones actualizadas como el DSM-IV como Conductas Antisociales del Adulto, secundarias al consumo de drogas^(6,11-12).

Siguiendo por esta línea, ¿que estudios nacionales se disponen en torno a las diversas conductas antisociales y las diversas drogas? En el escenario del alcoholismo, de las denominadas conductas o tendencias antisociales, las más estudiadas han sido las conductas agresivas, las cuales en el ámbito nacional, desde la perspectiva de estudios poblacionales, han fluctuado entre 70% y 89%⁽¹³⁻¹⁵⁾. Desde la cantera de los estudios clínicos, tenemos dos estudios a destacar, uno el de Sánchez, en 1960, en una muestra de 177 participantes que reveló que el 100% de ellos evidenció actos agresivos a lo largo de su carrera adictiva. Lo interesante de este estudio fue que el 45,5% de los actos agresivos se cometieron en estado de ebriedad (40,7% en el hogar y el trabajo y 4,8% contra el propio cuerpo y el ajeno) y el resto en intoxicación etílica (24,2% en el hogar y en el trabajo y 30% contra el propio cuerpo y el ajeno). Otro estudio más reciente, fue el de Gallegos, realizado a través del organismo estatal Contradrogas (en prensa), cuyos primeros hallazgos sobre la prevalencia de vida de trasgresiones de normas sociales, en una muestra de 272 pacientes adictos de tres centros de tratamiento a nivel de Lima Metropolitana, en el plano familiar revelan que las cifras

Tabla 3. Encuesta nacional de prevención y uso de drogas entre los 12 y 64 años de edad. Perú, 1998.

Dependencia	Masculino		Femenino	
	N	%	N	%
• Alcohol	749 770	16,0	262 789	4,90
• Tabaco	577 883	12,4	238 086	4,40
• Tranquilizantes	14 288	0,3	19 318	0,40
• Pasta básica de cocaína	27 700	0,6	0	0,00
• Marihuana	2 514	0,1	684	0,01
• Clorhidrato de cocaína	3 844	0,1	684	0,01
• Inhalantes	4 499	0,1	798	0,01

Contradrogas, 1999



fluctuaron de 86% a 94%; en el colegio, 79% a 91%; entre los amigos, 84% a 91% y en la calle de 86% a 94%⁽¹⁶⁾.

En cuanto a otras drogas, destacan en primera instancia los derivados de la cocaína: pasta básica de cocaína (PBC) y clorhidrato de cocaína (CC). La PBC es consumida por población de condición socioeconómica baja y el CC es más consumido por estratos medio y alto. Es así, que los estudios peruanos de finales de los 80 y a comienzos de los 90, que involucran a cerca de 900 pacientes con respecto a la cocaína, mayoritariamente dependientes a PBC, revelan que entre el 50% y el 100% desarrollan síntomas antisociales^(11,17-19), una tasa similar a la hallada en las poblaciones alcohólicas puras.

Con respecto a otras drogas, desde el punto de vista clínico, los estimulantes anfetamínicos suelen generar también marcados síntomas antisociales, al igual que otras drogas como la marihuana, con la que la psicopatización suele ser en menor escala.

Estos datos revelan que las tendencias antisociales y de trasgresión de normas suelen ser parte del cuadro de las diversas adicciones y que se dan no sólo durante la intoxicación sino también en períodos intercríticos; es decir, entre los consumos y, en particular, ante consumo crónico.

CONDUCTAS DELICTIVAS, SISTEMA JUDICIAL Y SALUD MENTAL

En el ámbito internacional, en las últimas dos décadas, el perfil de la violencia desde la perspectiva de los sistemas de justicia ha venido acompañado del consumo de drogas, siendo el alcohol el que mayormente ha sido involucrado.⁽¹¹⁾:

- En los asaltos, el 24% a 82% de los agresores y el 24% a 40% de las víctimas han estado en intoxicación etílica en el momento del delito.
- Violación o agresión sexual: la mayor parte de los estudios revelan que entre un tercio y tres cuartos de los delitos sexuales involucran al alcohol en uno o en ambos participantes.

De otro lado, la Oficina de Justicia de los EE.UU., entre los años 1987 y 1997, ha encontrado que el 70% de los encarcelados tenían por lo menos una historia de abuso de sustancias y que de los encarcelados por robo/asalto el 80% cometió el delito en estado de intoxicación alcohólica o por drogas ilegales²⁰. En otro estudio, los prisioneros americanos (n = 5 000) tenían 7 veces más probabilidades de usar alcohol/drogas que la población general. A su vez, más del 33% de prisioneros reportó estar en prisión por delitos relacionados a la obtención de la droga. Adicionalmente, en los adolescentes en prisión se encontró una correlación entre conducta delictiva y consumo de sustancias de 0,45 a 0,60. Del mismo modo, se evaluó cómo influía la historia de abuso de alcohol/drogas en la recidiva para delitos a su egreso y se halló que el 61% de prisioneros con historia de abuso de alco-

hol/drogas reincidía en la conducta delictiva vs. 29% de los que no tenían tal historia. Este hallazgo revela que la adicción genera un pronóstico más reservado en la rehabilitación de la población delincuyente⁽²⁰⁾.

Del mismo modo, se halló que la relación entre conducta delictiva y consumo de drogas era bidireccional. Es decir, el consumo de drogas podía generar conductas delictivas como el antecedente de conductas delincuentes podía generar el consumo de drogas⁽²⁰⁾.

HOMICIDIO Y SALUD MENTAL

El homicidio una de las conductas más violentas a las cuales el ser humano puede llegar suele ser uno de los resultados de una variedad de procesos interpersonales, y no todos los homicidios son de naturaleza criminal, violenta, agresiva o tienen la intención de causar la muerte. En el código penal norteamericano (Estatuto Legal Americano de 1980), la definición de homicida es la siguiente: “Una persona es culpable de homicidio criminal si es que de manera deliberada, con conciencia plena, y de manera irresponsable o negligente causa la muerte de otro ser humano”. Por lo tanto, el denominado asesino, el homicida sin premeditación y el homicida negligente son todos tipos de homicidas⁽²¹⁾. De otro lado, se ha desarrollado una serie de tipologías de homicidas en función a las motivaciones, al igual que a la modalidad del homicidio.

Una tipología en función a los estudios de Smith y Parker, Jason, y Tardiff de la década del 80 versa sobre el grado de relación con la víctima⁽²¹⁾:

Homicida primario

Resulta de actos de asalto entre personas que previo al homicidio han tejido algún tipo de relación, aun cuando breve, pero que no ha tenido propósitos criminales. La mayor parte de homicidios incluidos en esta categoría resulta de discusiones, disputas o de violencia intrafamiliar.

Homicidio secundario

Se da en el curso de una transacción criminal entre personas sin una relación preexistente. Hoy en día este tipo de homicidios se vincula al tráfico de drogas, asaltos y robos callejeros.

Homicidio terciario

Se da entre personas en las que tampoco ha habido una relación preexistente antes del crimen. En este tipo de homicidios se encuentran los homicidas en masa o genocidas, los sicarios u homicidas contratados, y los homicidas francotiradores y muchos homicidas que usan bombas o que son incendiarios. Este tipo de homicidios es el que demanda mayor atención del público, suele ser el grupo que menos muerte genera.



Homicidios mixtos

Se caracterizan por poseer más de una característica de la tipología antes mencionada. Aquí se incluyen los homicidios en los cuales existe asalto y homicidios dentro de familias, homicidios con artefactos explosivos en donde el homicida ha tenido una relación con una o más de las víctimas, u homicidas incendiarios de asociados criminales y de víctimas inocentes.

Tipología de los homicidas

Finalmente se tiene la tipología de los homicidas generada de las evaluaciones forenses prejuzgamientos y cuyos patrones son los siguientes⁽²¹⁾:

Homicida rebelde

Comete homicidios primarios, secundarios o terciarios y evidencia poseer trastornos de personalidad antisocial, alcoholismo, abuso de sustancias o una combinación de estos.

Homicida inadecuado

Comete homicidios primarios por necesidades insatisfechas, frecuentemente acompañado por ansiedad, depresión y abuso de alcohol, el que se asocia con una pretendida amnesia del asesinato, pero que es interpretada como producto de “represión”, “disociación” o simulación.

Homicida psicótico

Suele cometer homicidios primarios (ocasionalmente los de otro tipo), mientras que se halla en un estado psicótico, debido a una falta de tratamiento o un fracaso en la toma de la medicación antipsicótica.

En cuanto a la población de homicidas, los datos que se disponen, revelan que en más de 15 estudios de la década del 80 a la actualidad el consumo de alcohol ha sido involucrado durante el acto criminal entre el 30% y el 60% de los homicidios. A su vez, en uno de los estudios más grande con homicida realizado en Finlandia, con un total de 693 casos, de una muestra de 994 homicidas recabados entre 1984 a 1991, se encontró que la patología mental era frecuente en esta población²². Entre los diagnósticos hallados (según criterios del DSM-III-R), evaluados por un panel de expertos en salud mental, el alcoholismo se encontró en el 32% de mujeres y en el 39% de varones homicidas con ORs de 37,7 y 10,7, respectivamente. De otro lado, la personalidad antisocial se encontró en 11% de los varones y 13% de las mujeres con ORs de 15,8 y 75,7, respectivamente. Otros trastornos de personalidad severos se encontraron en el 34% de los varones y 36% de las mujeres con OR de 10 y 10,5, respectivamente. Adicionalmente la esquizofrenia se halló en el 6,4% de varones y 6% de mujeres elevando el OR a 9,7 y 9, respectivamente.

Finalmente los cuadros depresivos estuvieron más representados en esta población que en la población general con cifras de 3% para varones y 6% para mujeres con OR de 1,9 y 2,1, respectivamente⁽²²⁾. Esto significa que la población de homicidas constituye una población donde la variable de salud mental explica en gran medida la conducta homicida y de ella el componente adictivo es uno de los más destacados.

Finalmente, tenemos un estudio realizado por el grupo del Reino Unido, a través de investigadores del Ministerio de Salud, en el cual se evaluó en el lapso de 7 años, una muestra de los centros forenses, recabando un total de 551 pacientes con problemas de personalidad, los mismos que fueron comparados con pacientes con trastornos mentales pero sin diagnóstico de trastorno de personalidad ($n = 2\,575$)⁽²³⁾. Los resultados más relevantes fueron que los trastornos de personalidad más prevalentes en esta muestra procedente de establecimientos forenses fueron la personalidad antisocial (PANT) con el 44%, luego la personalidad limítrofe (PLIM) con el 35%, para luego seguirle la personalidad narcisista (PNAR) con el 21%, luego la paranoide (PAR) y la esquizoide con el 7% y 6%, respectivamente. A su vez, la prevalencia de abuso/dependencia de alcohol/drogas para la PANT osciló entre el 57% y el 60%, para la PNAR fue de 56% al 62%, para la PAR fue de 65% y para la dependiente fue del 38%. Adicionalmente, en cuanto a los diagnósticos del Eje I, destacaron en el grupo con trastornos de personalidad, el abuso/dependencia de alcohol con el 53%, mientras que en el grupo mental fue de 36%⁽²³⁾.

Para el abuso/dependencia de drogas ilegales, las prevalencias fueron de 47% y 52%, respectivamente. En torno a los diagnósticos más prevalentes en el grupo sin trastornos de personalidad prevalecieron los cuadros psicóticos, en particular la esquizofrenia con el 69%, mientras que en el grupo con trastornos de personalidad, apenas alcanzó un 5%. El trastorno delusional también prevaleció de manera significativa en el grupo con trastornos mentales con un 12% vs. 5%, respectivamente. Importante a destacar es que si bien no se halló diferencia entre el grupo con y sin trastorno de personalidad, la depresión alcanzó una prevalencia que fue del 21% y el 18%, respectivamente⁽²³⁾.

VIOLENCIA DOMÉSTICA Y SALUD MENTAL

En cuanto a la violencia doméstica o también concebida como la violencia en el escenario del hogar se tiene en el ámbito nacional el estudio de Anicama (1999) en Lima Metropolitana (capital peruana), en el que se estudió 3 590 hogares, siendo una muestra a predominio femenino con 76% de mujeres y 33% de varones de todos los estratos y de los diversos grupos etarios (adolescentes, adulto joven y adulto mayor). La prevalencia de vida de violencia psicológica (insultos, indife-



rencia, humillaciones) fue de 35,4%, el 17,4% reportó violencia física (agresión con el cuerpo, con objetos). La vinculación del alcohol en el acto violento fue sólo del 9,1%, siendo los desacuerdos de opiniones, o por celos los más predominantes²⁴. Posteriormente ya en el plano nacional y con una muestra probabilística, el Instituto Nacional de Estadística e Informática (2000), encontró bajo el rubro de violencia psicológica, que el 34% de las mujeres peruanas sufrió en algún momento algún tipo de control por parte de la pareja (prohíbe estudiar, trabajar, salir con amistades), el 48% sufrió agresión verbal y humillante, y el 25% reportó que recibió amenazas de irse de la casa o quitarle a sus hijos. En cuanto a la violencia física, el 41% reportó haber recibido golpes, empujones o algún tipo de agresión física por parte de su pareja/cónyuge. De éstos, el 34% fue de reportada “a veces” y el 6,5% “frecuentemente”. De otro lado, con respecto al consumo de alcohol este grupo de mujeres encuestadas reportó que el 67% de sus parejas se emborrachaba “a veces”, mientras que el 9% “frecuentemente”⁽²⁵⁾.

Finalmente se dispone de un estudio desde la perspectiva de las comisarías de Mujeres realizado el año 2001, donde se obtuvo una muestra de 265 casos, de mujeres violentadas representativas de un universo de 7088 denuncias recabadas de las Comisarías de Mujeres de Lima, del Callao y la Comisaría del Centro De Emergencias Mujer- Promudeh entre los meses de marzo 1999 y marzo del 2000. Aquí la prevalencia de violencia psicológica fue del 100%, mientras que la violencia física fue del 69%, siendo la pareja la más involucrada en las conductas violentas. A su vez, se constató que la gran proporción de mujeres había sido violentada con anterioridad⁽²⁶⁾.

En el ámbito internacional, el Informe Mundial sobre Violencia y Salud 2003, revela que de diversos estudios tanto americanos como europeos hallaron que entre el 40 a 70% de las mujeres asesinadas lo fueron por sus esposos. A su vez, de 48 encuestas nacionales del 10% al 69% de las mujeres han sido agredidas físicamente por sus parejas⁽²⁷⁾. De otro lado a nivel de Estados Unidos, la violencia doméstica es un fenómeno que viene siendo estudiado desde hace cerca de una década y los estudios más representativos indican que entre el 25% y el 50% de los casos de violencia doméstica están relacionados con alcohol/drogas en el agresor que en la mayoría de los casos como en el Perú es la pareja/cónyuge. De otro lado, cada 15 segundos es agredida físicamente una mujer y cerca del 30% de las mujeres atendidas en Centros de Trauma (exceptuando los casos de accidentes de tránsito) proceden de violencia doméstica. Del mismo modo, los estudios poblacionales americanos consignan que entre el 8% y el 13% de todos los matrimonios americanos se da la agresión física severa y en dos tercios la agresión se repite. Finalmente, para 1992, 1 414 mujeres habían sido asesinadas por su pareja⁽⁴⁾.

ABUSO INFANTIL Y SALUD MENTAL

En cuanto al abuso infantil, el Comité Nacional de Prevención de Abuso Infantil de Estados Unidos encontró para mediados de la década del 90 que entre el 50% y el 89% de los casos de abuso infantil se asociaba a problemas de alcohol/drogas a nivel parental⁽⁴⁾. Finalmente las personalidades anormales más frecuentemente halladas dentro de los perfiles de los maltratadores o abusadores infantiles, son⁽⁴⁾:

Trastorno de personalidad antisocial

Caracterizado por una historia de conductas antisociales crónicas que se inician antes de los 15 años y que continúan hasta la adultez. Por lo general se caracteriza por un patrón de conductas irresponsables y de trasgresión recurrentes de las diversas normas sociales y derechos de los demás, que suele generar fracasos académicos, pobre rendimiento laboral e involucramiento en actividades ilegales, impulsivas y hasta agresivas y amenazantes. Es una de las personalidades que suele abundar en los penales y sistemas judiciales y una de las más involucradas en la población de homicidas. Su pronóstico es muy malo.

Trastorno de personalidad *borderline* o límite

Se caracteriza por un estado emocional muy cambiante, asociado a relaciones interpersonales bastante inestables, con marcada intolerancia a las frustraciones con conatos de cólera desproporcionada y tendencia a catalogar a las personas en sentidos polares, es decir o idealizarlas al extremo o ante cualquier desengaño, devaluarlas y considerarlas hasta su peor enemigo. De otro lado, es un trastorno asociado a actos impulsivos, de autoagresión (automutilaciones) que pueden llegar hasta el suicidio. En los antecedentes de la infancia por lo general encontramos abuso sexual, físico y extrema negligencia en los cuidados parentales. De otro lado, se halla, que por lo general en estos pacientes sus padres han tenido historias de abuso de sustancias y de criminalidad^(4,28).

Trastorno de personalidad obsesiva compulsiva

Caracterizado por una tendencia a la preocupación excesiva por los cosas y los detalles, tendencia al perfeccionismo, rectitud y escrupulosidad y tendencia a querer someter a los demás a su propia rutina. A su vez, estas personas suelen ser muy obstinadas en su forma de pensar y es en esta dimensión donde los problemas de relación son los que pueden generar conflictos y maltratos con la pareja.

De otro lado, el 40% de los hijos violentados piensa que sus padres tienen problemas de alcohol y que son más abusivos cuando toman licor.



Del mismo modo, tal entidad, ha establecido que cada año, tres millones de niños son testigos de violencia hacia sus madres, con lo cual se legitima el uso de la violencia como medio de expresar la cólera. A su vez, el impacto psicológico en los niños(as) víctimas de la violencia doméstica puede incluir una variedad de condiciones psicológicas como son: labilidad emocional, agresividad, conductas violentas, al igual que conductas destructivas, ya sea hacia objetos, hacia otros o hacia si mismo (conducta autoagresiva), conducta sexual inapropiada o temprana, diversas conductas regresivas como son enuresis secundaria, chuparse el dedo, tendencia la mutismo, o conducta sobresaltada.

Del mismo modo un trastorno ansioso bastante prevalente de traumas violentos en la infancia lo constituye denominado estrés postraumático.

Tales estudios revelan que las conductas violentas están fuertemente relacionadas con aspectos de salud mental donde se evidencia que los diversos trastornos adictivos están en primera instancia, por lo cual se hace imprescindible un estudio sistemático de base comunitaria en donde se evalúe tales aspectos así como las variables contextuales socioculturales para conocer de manera integral el fenómeno violento.

FACTORES ETIOLÓGICOS DE LA VIOLENCIA Y LA SALUD MENTAL

Factores sociofamiliares

La relación entre las conductas antisociales y el consumo de drogas pueden apreciarse desde diversas perspectivas y es importante que empecemos desde las variables contextuales para luego ir a los estudios clínicos y epidemiológicos. Lo que se ha podido apreciar es que existe una yuxtaposición de las variables sociofamiliares tanto con la violencia como con el consumo de drogas, es decir que situaciones adversas en los escenarios sociofamiliares pueden conllevar a que el individuo sometido a estas noxas ambientales desarrolle problemas con consumo de sustancias o problemas de conductas violentas, ya sea como problemas de salud mental o como secundarios a condiciones de salud mental asociadas con conductas de violencia en diversos grados como lo apreciaremos en las diversas condiciones de salud mental vinculadas a conductas agresivas o violentas.

Se denominan factores sociofamiliares a todos aquellos que rodean de hecho al sujeto en su entorno individual. La pobreza, es uno de los rubros que destaca en primer instancia. Tal situación social ha sido asociada tanto al consumo de drogas, al igual que a condiciones adversas sociales pasibles de generar conductas violentas^(29,30). Se puede observar que en el Perú, según la estadísticas del INE, (2000) mediante el apoyo del Instituto Francés de Investigación para el Desarrollo, entre 1997 y 1998, los pobres (definidos como aquellos con un

mínimo de una necesidad básica insatisfecha (alta dependencia económica, hacinamiento, vivienda sin desagüe, niños no asisten a escuela, estructura de vivienda inadecuada) alcanzaron la cifra de 42% y el gran aumento de la pobreza se produjo hacia 1999, cuando subió hasta 47,5%, casi 6% en un año. A su vez, haciendo el análisis según región, mientras que en las zonas rurales la pobreza aumentó en 10%, en las urbes creció en 34%⁽³¹⁾. Tales cifras revelan que la pobreza en nuestro país constituye una variables de riesgo social que casi es vivida por el 50% de la población peruana, aspecto que coloca al uso de drogas, tanto las legales como ilegales como expresiones de una realidad sumamente adversa y de naturaleza crónica. De otro lado Alarcón, añade perfiles importantes de la pobreza que pueden vincularse con el consumo de sustancias y alteraciones diversas de la salud mental. En el rubro social de la pobreza, manifiesta que una característica de los pobres es vivir incómodos, apretados, con ausencia de vida privada, con una alta tasa de alcoholismo y de violencia intrafamiliar y maltrato infantil e incidencia de madres abandonadas, autoritarismo familiar, inexistencia de la infancia, bajo nivel educativo, analfabetismo, etc⁽³²⁾. Esta realidad es percibida de manera cotidiana en especial en muchas zonas rurales del país donde hay picas formas de distracción y donde el consumo de alcohol se convierte en la única forma de recreación y consumo excesivo una práctica social casi generalizada a nivel comunitario.

El ambiente familiar adverso, con desatención por parte de los padres, maltrato infantil y/o abuso físico, cuando no padres drogodependientes o con historias de alcoholismo sea en uno o en ambos progenitores, o psicopatología parental severa y/o situaciones de conflicto o violencia doméstica, separaciones matrimoniales, etc. y/o un contexto ambiental de barrio tipo marginal, donde estas situaciones son "habituales", se constituyen en gestores de esquemas de valores trastocados, proclives a conductas desviadas, como el consumo de droga, con el consiguiente impacto adverso como lo es el fracaso escolar, problemas de conducta o conducta delinencial y desestructuración progresiva de la dinámica familiar⁽³³⁾.

Aspecto adicional a destacar es que toda esta problemática familiar adversa (al igual que la adversidad psicosocial), si bien predispone a conductas de consumo de drogas y de violencia en diversos grados, puede generar una infinidad de alteraciones de salud mental, presedidas de una suerte de desesperanza aprendida, con la cruricción de que todo lo que se haga no va a dar resultado alguno, entre estos problemas de salud mental tenemos los problemas crónicos de autoestima, debido a las múltiples frustraciones a lo largo de su vida de pobre, o en su defecto problemas de depresión en especial las distimias, que son depresiones crónicas donde el sujeto "siempre" fue deprimido (a), dado que nunca logró alcanzar sus expectativas de realización personal la pobreza. Otros trastornos son los referidos a los diversos trastornos de conducta de la in-



fancia/adolescencia, que son secundarios a una muy poca supervisión familiar y que se deben a inconsistencia en la disciplina o métodos disciplinarios autocráticos o violentos. Otras condiciones se refieren a los diversos trastornos de ansiedad, sea la generalizada o aquella con crisis de pánico, las cuales se generan como producto de las diversas tensiones tanto del ambiente familiar como de la adversidad psicosocial. Finalmente se tienen los diversos trastornos severos de personalidad como son los antisociales, los narcisistas, o los obsesivo compulsivos que muchas veces tienen el antecedente de formas de crianza muy violentas y que devienen en patrones de relación interpersonal violentos⁽³²⁾.

Factores sociológicos

Situados en este contexto y en constante interacción, los factores sociológicos, entendidos como característica de la sociedad que nos rodea; una sociedad de un creciente consumismo y cuyos medios de difusión estimulan vorazmente al ciudadano, dentro de una organización hedonista, que potencia cada vez más un mayor distanciamiento de clases, donde prima el “individualismo” en detrimento de la solidaridad social. Es decir, como decía Freixa a fines del 80, una sociedad que estimula las apetencias, no de ser sino de tener, con lo cual, los actos asociales para conseguir lo que no se tiene, aumentan incesantemente. En suma, como aseveraba Pinatel a fines del 70, el medio puede comprobarse como criminógeno, no solamente multiplicando las situaciones criminales, sino también facilitando la estructuración de las personalidades criminales⁽³³⁾.

TRASTORNO DE PERSONALIDAD DISOCIAL (ANTISOCIAL), DROGAS, VIOLENCIA Y VARIABLES ASOCIADAS

Si bien la relación entre la diversas conductas antisociales y el consumo de sustancias se evidencian como muy elevada en los escenarios del abuso/dependencia de sustancias, estos hallazgos dan lugar a una seria dificultad entre el diagnóstico de personalidad antisocial y la dependencia a sustancias. Hemos podido observar que las diversas conductas antisociales que van desde las trasgresiones menores hasta las conductas homicidas están muy relacionadas tanto al consumo como a la dependencia a sustancias tanto en el ámbito de los estudios clínicos, epidemiológicos como en aquellos los procedentes del sistema judicial y forense. El reto que el clínico debe enfrentar es ante el diagnóstico de un Trastorno de Personalidad Antisocial o Disocial y la Dependencia a Sustancias en un sujeto cuyas conductas antisociales son más bien la norma que la excepción. A este respecto es importante considerar las diversas sinonimias que uno va a encontrar con respecto a la personalidad antisocial, en su evolución histórica como son los términos de psicó-

patas primarios, psicópatas reales, personalidad antisocial, personalidad disocial entre los términos más destacables, pero de cuyo desarrollo no nos ocuparemos en esta ocasión.

Por ahora nos contentamos con referirnos a Robert Hare quien en la década del 80 propone una conceptualización alternativa de la personalidad antisocial o disocial de los diversos sistemas taxonómicos, partiendo más de una perspectiva clínica y tomando como insumos los aportes de Cleckley a inicios de los 80s. En tal sentido, su conceptualización considera 20 rasgos, que han sido considerados por una gama importante de investigadores como los síntomas nucleares del trastorno de personalidad antisocial o disocial. Estas son:

- El encanto superficial y muy locuaz (palabreador)
- Sensación grandiosa de autovalía
- Necesidad de la búsqueda de estimulación o una proclividad al aburrimiento
- Mentira patológica
- Tendencia a la manipulación y la falsedad
- Ausencia de remordimiento y culpa
- Afecto superficial
- Insensibilidad y falta de empatía
- Estilo de vida parasitaria
- Escasos controles conductuales
- Conducta sexual promiscua
- Problemas de conducta a temprana edad
- Falta de metas realistas a largo plazo
- Impulsividad
- Irresponsabilidad
- Fracaso en aceptar la responsabilidad de sus acciones
- Relaciones maritales de corta duración
- Delincuencia juvenil
- Revocación de la libertad condicional
- Versatilidad criminal

Esta escala tuvo originariamente 16 ítem, que fueron contruidos con los ítem propuestos por Cleckly. Hare en 1980 hizo un estudio en 143 presos haciendo un análisis factorial obteniendo 5 factores, de los cuales el factor I que se refería a la falta de empatía y la incapacidad para desarrollar relaciones afectivas con otros fue el principal factor determinante del diagnóstico de psicopatía. Posteriormente Hare desarrolló la lista de chequeo de la personalidad psicopática, que hoy por hoy es uno de los instrumentos más ampliamente utilizados en la evaluación e investigación en psicopatía, ampliando la escala a 20 ítem como la presentada con anterioridad. A esta nueva escala se le hizo un nuevo análisis factorial obteniendo dos factores. El factor I -definido como egocentrismo, insensibilidad y falta de remordimiento- describe una constelación de rasgos de personalidad que, tal como se ha visto en las



descripciones básicas, parecen básicos en la definición de la psicopatía. El segundo factor -etiquetado como “estilo de vida crónicamente inestable y antisocial”. La propensión al aburrimiento y la baja tolerancia a la frustración, la presencia de pobres controles conductuales y de problemas de conducta en la infancia, la falta de planes a largo plazo, la conducta irresponsable y la delincuencia juvenil son algunos de los ítem que definen este factor⁽³⁷⁾.

Durante la década del 80 se hicieron varios estudios tanto en Estados Unidos, como Canadá e Inglaterra donde se replicaron los resultados con diferentes grupos de prisioneros coincidiendo en los factores hallados por Hare. De otro lado Widiger a mediados de la década del 90 hizo un estudio donde correlacionó las diversas categorías diagnósticas hallando acuerdos que oscilaban entre el 73% al 75% con respecto al DSM IV y el ICD 10 y de cada uno de estos sistemas diagnósticos con los criterios de Hare. A su vez las correlaciones con el DSM IV y el ICD 10 con los criterios de Hare (versión abreviada de 10 ítem) fue de 0,73 y de 0,79, respectivamente⁽³⁷⁾.

ETIOLOGÍA DE LA PERSONALIDAD ANTISOCIAL

Herencia

La personalidad antisocial suele ser más frecuente entre los parientes de primer grado. A su vez, los parientes biológicos de mujeres con personalidad antisocial se hallan también en mayor riesgo de desarrollar el mismo trastorno al igual que en los varones. A su vez, se ha desarrollado una infinidad de estudios tanto en modelos animales como en estudios en humanos que evidencian como ciertos rasgos agresividad, impulsividad y actitud vengativa pueden ser heredadas, hallando incluso en estudios de gemelos monozigóticos una mayor tasa de concordancia de estos rasgos con correlaciones por encima de 0,40 vs. correlaciones en dizigóticos con menos de 0,28.

Los estudios genéticos han sugerido la transmisión familiar de la personalidad antisocial, abuso/dependencia de sustancias y el trastorno de somatización, siendo los dos primeros más característicos de varones y el último de mujeres con la misma familia. De otro lado, muchos de los factores vinculados a la personalidad antisocial se han reportado bajo el epígrafe de la etiología de los trastornos de conducta, que de 10% a 30% cristalizan en personalidad antisocial en el futuro.

Adversidad psicosocial

Uno de los aspectos de mayor relevancia sobre el estudio de los factores psicológicos de la personalidad antisocial deviene de los estudios sobre la etiología del trastorno de conducta o trastorno disocial de la Infancia. Uno de los factores muy estudiados por los psicólogos del desarrollo entre la década del 70 al 90 como Bolwby, Mirdal, Bernth, Blatt y Piaget, ha sido los problemas

del vínculo, en especial en los primeros años de vida. Este concepto del vínculo se refiere a grado de calidez, y el grado de sensibilidad parental ante las necesidades de seguridad por parte del hijo(a) y el grado de accesibilidad de la figura parental (en especial de la madre) en los primeros años de vida⁽³⁹⁾. En tal sentido, estas deficiencias a temprana edad, conceptualizadas por investigadores escandinavos como la “frustración emocional temprana”, se ha relacionado con los problemas en la relación madre- niño(a), la cual ha sido inconsistente, descuidada, negligente y con variados grados de privación emocional. Éste ha sido uno de los atributos psicológicos tempranos más asociados con la conducta psicopática en el adulto⁽⁴⁰⁾. Otros investigadores han evaluado la deficiencia en el vínculo parental en los primeros años en muestras de niños con problemas de conducta, adolescentes con problemas de conducta y en adultos tanto hombres como mujeres con trastornos de personalidad antisocial, hallando un déficit en esta relación en 88%, 86%, 71% y 91%, respectivamente. Con ellos se observa que si bien los problemas de vínculo no explican toda la conducta de los jóvenes o adultos con problemas antisociales si se constituye en una variable necesaria para el desarrollo de esta problemática⁽⁴¹⁾. Tal situación en sociedades con severas desventajas socioeconómicas como el Perú sugieren que exista una alta probabilidad de negligencia en el cuidado en los primeros años y por ende se puede generar problemas severos o significativos del vínculo que posteriormente se manifiesten en conductas disociales.

De estos aspectos uno de los aportes importantes se refiere a los estudios epidemiológicos en familias monoparentales, en las cuales el padre salía del escenario. En tal sentido destaca el estudio del Instituto de Investigación de Minneapolis que condujo una investigación en más de 46 000 estudiantes del 6 – 12 años en 11 comunidades a lo largo de los EE.UU. De la muestra total, 8 200 correspondieron a familias monoparentales donde la madre era jefa de hogar. Los resultados más llamativos fueron, que los jóvenes con el antecedente de familia monoparental tuvieron el doble de riesgo de usar drogas, de ser sexualmente activos, de involucrarse en actos de vandalismo, hacerse “la vaca” frecuentemente del colegio y de robar objetos de establecimientos comerciales. Del mismo modo, se aumentó el riesgo, por el uso de armas, de tener problemas con la policía, de haber sido abusados física o sexualmente por un adulto y de planear dejar los estudios antes de tiempo. Asimismo, los estudiantes clasificados como de “alto riesgo” concebidos como aquellos que tenían más de 5 de aquellas conductas de riesgo constituyeron el 21% en aquellos que se encontraban en los grados 6 a 8, mientras que ascendieron a 43% en aquellos que estaban en los grados 9-12 que vivían en una familia monoparental⁽⁴²⁾. A su vez a mediados del 80, de los adolescentes encarcelados en los EE.UU., por delitos graves, cerca del 70% habían sido criados sin la presencia de los padres. Del mismo modo, en otro estudio en más de 130 000 adolescentes que se habían fugado de casa, el 72%



vivía en un hogar monoparental. Otro estudio, a inicios del 90 en St Paul, Minnesota (EE UU), encontró que en los escolares de primaria que tenían más de 22 ausencias injustificadas al año, cerca del 70% habían sido criados por familias monoparentales donde la madre era jefa de hogar. Finalmente, otro estudio a nivel nacional mostró que de, cerca del 70% de los embarazos precoces, el 70% había sido criados sin la presencia del padre. Asimismo, desde la perspectiva de los adolescentes homicidas, el 72% había sido criado sin la presencia del padre⁽⁴²⁾.

De otro lado, los niños(as) que exhibían conductas violentas en la escuela, tenían 11 veces más probabilidades de vivir sin los padres y 6 veces de tener padres no casados. Finalmente otro estudio a nivel nacional a inicios de la década del 90 reveló que el 15,3% de niños(as), que vivían con una madre soltera y 10,7% de aquellos que vivían con una madre divorciada había sido expulsados o suspendidos de la escuela en comparación con el 4,4% de niños(as) criados con ambos padres. Lo que se observó es que aún cuando se controlaron las variables como raza, estatus socioeconómico, sexo, edad, los estudiantes de nivel secundario, que vivían con familias monoparentales tenían el doble de riesgo de abandonar el colegio⁽⁴²⁾.

Del mismo modo, el maltrato infantil está altamente relacionado con el trastorno de conducta. Las formas específicas de crianza que contribuyen al desarrollo de un trastorno de conducta se refieren a patrones de corrección inconsistentes ante hijos(as) rebeldes y manipuladores y la tendencia a ceder a las demandas del niño(a) en función a la presión ejercida por éste(a).

A su vez, existe una evidencia sustantiva que el ver programas televisivos y otros medios de comunicación violentos en el entorno social y comunitario del (la) niño(a) contribuye al desarrollo de problemas de conducta, especialmente en aquellos niños(as) que se encuentran en alto riesgo por otras razones v.gr. hacinamiento, pobreza, limitaciones en vivienda, etc.

Comorbilidad

De otro lado, tanto el antecedente de un trastorno de conducta como el de trastorno de hiperactividad con déficit de atención aumentan la probabilidad de desarrollar un trastorno de personalidad antisocial en la vida adulta. El trastorno de conducta suele ser más pronto en cristalizar en un trastorno antisocial de personalidad cuando se acompaña de conducta parental errática, negligencia, violencia física o disciplina inconsistente parental o la ausencia paterna⁽⁴³⁾. En cuanto al trastorno de déficit de atención, éste se asocia a un curso adverso en especial cuando tiene el componente de hiperactividad e impulsividad. Las cifras de dualidad oscilan entre el 50% al 60% y se sabe por estudios de seguimiento naturalísticos que hasta el 18% puede devenir en un trastorno de personalidad antisocial⁽⁴⁴⁻⁴⁶⁾.

ANORMALIDADES NEUROLÓGICAS

Lesiones neurológicas de múltiples etiologías, particularmente aquellas que afectan los lóbulos frontales y temporales pueden resultar en cambios de personalidad, incluyendo el desarrollo de rasgos que pueden ser psicopáticos o antisociales. No obstante ninguno de éstos se relaciona con la personalidad antisocial clásica, si hay diversos síntomas de agresividad y violencia. Las lesiones frontales se han asociado a conductas violentas, en especial la corteza orbitofrontal con conductas de poca sociabilidad, irritabilidad y conducta hostil. Del mismo modo, las lesiones de lóbulo temporal se han asociado con una mayor susceptibilidad a la conducta violenta. Las lesiones más frecuentes encontradas han sido a nivel del lóbulo temporal anterior inferior. Aún cuando estos estudios muestran una asociación en algunas circunstancias entre una injuria neurológica y las conductas psicopáticas, no constituyen una base de evidencia contundente de que la personalidad disocial refleje una anomalía neurológica subyacente⁽⁴⁷⁾.

LENGUAJE Y PROCESAMIENTO AFECTIVO Y PERSONALIDAD DISOCIAL

Quizás una de las alteraciones más convincentes de una alteración de la función cortical en los pacientes psicopatas proceda de los estudios que evalúan su lenguaje y el procesamiento de palabras neutras y palabras con fuerte contenido emocional. Lo que se ha observado es que los psicopatas, a diferencia de las personas normales, procesan las palabras de contenido emocional tan igual que aquellas con contenido neutral, de tal manera que pareciera que no tuvieran la capacidad de diferenciarlas en términos del procesamiento cerebral⁽⁴⁷⁾.

Comorbilidad

Estos pacientes suelen tener un mayor riesgo de trastornos de control de impulsos, depresión mayor, abuso/dependencia de sustancias, juego patológico, trastornos de ansiedad y trastornos de somatización, trastornos por déficit de atención residual de la niñez⁽⁴⁷⁻⁴⁸⁾. Las personalidades que mayor concordancia tienen con la personalidad antisocial son la narcisista, la limítrofe y la histriónica.

Epidemiología del trastorno de personalidad antisocial o disocial y los trastornos adictivos

Si se revisa los estudios epidemiológicos nacionales, particularmente los del ECA (mediados de la década del 80), se encuentra que la prevalencia del trastorno de personalidad antisocial fue 4,5% para los varones y 0,8% para las mujeres. Asimismo, se informó que en aquellas personas que tenían trastornos sea de abuso/dependencia por sustancias, la comorbilidad de trastornos de personalidad antisocial fue 14% en los casos del alcohol y 18% para los casos de abuso/



dependencia de drogas ilegales. Mirando los guarismos desde la perspectiva de los centros de adicciones, es decir la prevalencia del trastorno de personalidad antisocial en los adictos en las dos últimas décadas, las cifras han oscilado entre el 20% y el 50%^(35,49-50). A su vez, si apreciamos el último estudio peruano en una población de dependientes asistidos en 3 centros de adicciones tanto del Ministerio de Salud como de comunidades terapéuticas (n = 272), se encontró que la tasa de trasgresión a las normas en el colegio fue de 82,8%, para el trabajo alcanzó el 81,3%, para el escenario callejero fue del 88,8%, en el ámbito amical alcanzó el 86% y para con la familia fue del 88,4%. Con ello podemos apreciar que si nosotros nos basáramos sólo en los síntomas conductuales, entonces la proporción de pacientes adictos con personalidad antisocial sería muy elevada. Lo que hemos podido apreciar es que, de un lado, no es posible hacer un diagnóstico de personalidad antisocial mediante un corte transversal en un paciente con problemas adictivos en virtud de la alta tasa de conductas antisociales de naturaleza secundaria y, de otro, en aquellos casos en los cuales existan antecedentes de problemas de conducta en la infancia previa al inicio del consumo de drogas, no es un indicador absoluto que el paciente en el corte transversal evaluado al ingreso con suficientes síntomas antisociales en la actualidad sea un paciente con personalidad antisocial. Lo que se ha podido observar es que la mayoría de estos casos son la expresión de la naturaleza patoplástica del proceso adictivo y sólo el seguimiento del paciente y la certificación de la abstinencia en los siguientes meses, mínimo 3 meses, son los que nos van a dar luces, si estamos o no ante un paciente con trastorno de personalidad disocial.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Comisión de la Verdad y Reconciliación. Conclusiones Generales. Informe Final. Lima; 2003. www.cverdad.org.pe.
- Opción. Violencia Familiar: Evolución, Antecedentes y Consumo de Drogas. En: Violencia Social. Corporación Peruana para la Prevención de la Problemática de las Drogas y Niñez en Alto Riesgo Social. Lima, Perú; 2001. p. 399-450.
- Opción. Aspectos Generales de la Sociedad y la Violencia. En: Campos P, Gálvez P, Humabachano J, y col (Ed). Violencia Social. 4ta Edición. NAS; 2001. p. 15-117.
- U.S. Department of Health and Human Services. Alcohol and Violence. En: Alcohol and Health. From the Secretary of Health and Human Services. 10th Special Report to the US Congress; 2000. p. 54-66.
- Instituto Nacional de Estadística (INEI). Encuesta Nacional de Hogares, 1999, I Trimestre. Lima; 1999.
- Saavedra-Castillo A. Epidemiología de la Farmacodependencia en el Perú. Rev Neuropsiquiat 1994;57: 150-69.
- Oficina General de Epidemiología, Ministerio de Salud. Resultados del estudio piloto de la ficha epidemiológica de la violencia contra la mujer. Lima: OGE-Minsa; 1997.
- Asnis G, Kaplan M, Hundorfean G. Violence and homicidal behaviors in psychiatric disorders. Psychiatr Clin N Am 1997; 20: 405-25.
- Hodgins S. Mental disorder, intellectual deficiency, and crime: evidence from a birth cohort. Arch Gen Psychiatry 1992; 49: 476-83.
- Hodgins SH, Mednick S, et al. Mental Disorders and Crime. Evidence from a Danish Birth Cohort. 1996; 53: 489-96.
- Saavedra A. Manual de Atención Primaria para el Manejo de los Problemas Relacionados al Uso y Abuso de Alcohol. Parte I-II. Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi", Ministerio de Salud. 1997.
- Opción. Las Drogas y su Identificación. En: Campos P, Gálvez P, y col (Ed). Fundamentos Teóricos de las Adicciones. 4ta Edición. Lima, Perú; NAS; 2001. p. 119-286.
- Sánchez J. Algunos aspectos de agresión en un grupo de alcohólicos. Rev San Policía 1960; 20: 616-22.
- Jutkowitz J, y col. Uso y abuso de las drogas en el Perú: Una investigación epidemiológica sobre drogas en el Perú urbano. Lima: Monografía de investigación N° 1 CEDRO; 1987.
- Ferrando D. Uso de drogas en las ciudades del Perú. Encuesta en hogares, 1988. Lima: Monografía de investigación N° 5 CEDRO; 1990.
- Contradrogas, INE. Encuesta Nacional sobre Prevención y Uso de Drogas. Lima: 1999.
- Villanueva M. Factores psicológicos asociados a la iniciación y habituación. En: León F, Castro de la Mata (editores). Pasta básica de cocaína: Un estudio multidisciplinario. Lima: CEDRO. 1989: 176-208.
- Nizama M. Estudio fenomenológico descriptivo de 120 pacientes dependientes principalmente a pasta básica de cocaína. (Tesis Doctoral). Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 1991.
- Jerri F, Pérez J. Dependencia a la Cocaína en el Perú: Observaciones en un grupo de 616 pacientes. Lima: Monografía N° 4 CEDRO; 1990.
- Wandberg K. Relationship between criminal conduct and AOD use and Abuse. En: Criminal Conduct and Substance Abuse Treatment. SAGE Publications; 1998.
- Elliot P. Patterns in Human Violence. En: Hales R, Frances A. (Ed). Annual Review, Psychiatric Update. Washington DC: American Psychiatric Press; 1987. p. 465-90.
- Eronen M, Hakola P, Tiihonen J. Mental disorders and homicidal behavior in Finland. Arch G Psychiatry 1996; 53: 497-501.
- Coid J, Kahtan N, Gault S, Jarman B. Patients with personality disorders admitted to secure forensic psychiatric services. Br J Psychiat 1999; 175: 528-36.
- Anicama J, Vizcardo S, Carrasco J, Mayorga. Estudio epidemiológico Violencia y comportamientos asociados en Lima Metropolitana. Lima: Oficina General de Epidemiología, Universidad Nacional Federico Villarreal; 1999.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Lima; 2000.
- Opción. Violencia Familiar: Investigación desde las Comisarias de Mujeres. Policía Nacional: Ecaepol, Oficina de Asuntos Antinarcóticos de la Embajada Americana; 2001.
- Krug E, Dahlberg L, Mercy J. La Violencia en la pareja. En: Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud. Organización Sanitaria Panamericana, Publicación Científica de la Salud y Técnica. Washington, EE.UU. 2003; 588:95-191.
- Paris J. A Biopsychosocial Model of Psychopathy. En: Millon T, Simonsen E, Birket M, Davis R (Editores). Psychopathy, Antisocial, criminal and violent behavior. New York: The Guilford Press; 1998. p. 277-87.
- Kumpfer K, Hopkins R. Prevention: Current research and trends. En: Miller N (Ed). Recent advances in addictive disorders. Psychiat Clin N Am 1993; 16: 11-20.
- Opción. Factores de riesgo y Protección. En: Campos P, Gálvez P, y col (Editores). Fundamentos Teóricos de las Adicciones. 4ta Edición. NAS; 2001. p. 287-332.
- Opción. Pobreza. En: Campos P, Gálvez P, Humabachano J, y col (Editores). Violencia Social. 4ta Edición. NAS; 2001. p. 207-25.
- Jáuregui H. Salud mental y pobreza en asentamientos humanos de San Martín de Porras. Anales de Salud Mental 1996; XII: 27-44.
- Delgado S. Delincuencia y Drogas. En: Cabrera J. (Editores). Medicina Legal en Drogodependencias. Madrid: Agencia Antidroga; 1999. p. 415-64.
- Millon TH. Trastornos antisociales de la personalidad: patrón fanfarrón. En: Millon TH. Trastornos de Personalidad. Más allá del DSM-IV. Barcelona, España: Masson; 1998. p. 447-89.
- Gertsley L, Alterman A, et al. Antisocial personality disorders patients with substance abuse disorders: A problematic diagnosis? Am J Psychiatry 1990; 147: 173-8.
- Strain E. Antisocial personality disorder, misbehavior and drug abuse. Commentary. J Nerv Mental Dis 1995; 183: 162-5.
- Luengo M, Carrillo M. La Psicopatía. En: Belloch A, Sandín B, Ramos F (Editores). Manual de Psicopatología. Vol 2. Madrid, España: Mac Graw Hill; 1995. p. 615-47.
- Mc Guffin P, Thapar. Genetics and Antisocial Personality Disorder. En: Millon T, Simonsen E, Birket M, Davis R (Editores). Psychopathy, Antisocial, criminal and violent behavior. New York: The Guilford Press; 1998. p. 215-30.
- Thompson R. Attachment Theory and Research. En: Lewis M. (Ed). Child and Adolescent Psychiatry. 2th Edition. Baltimore: William & Wilkins; 1996. p. 126-34.
- Rygaard N. Psychopathic Children: Indicators of Organic Dysfunction. En: Millon T, Simonsen E, Birket M, Davis R. (Editores). Psychopathy, Antisocial, criminal and violent behavior. New York: The Guilford Press; 1998. p. 215-30.
- Meloy R, Gacono C. The Internal World of the Psychopath. En: Millon T, Simonsen E, Birket M, Davis R (Editores). Psychopathy, Antisocial, criminal and violent behavior. N.York: The Guilford Press; 1998. p. 95-109.
- Likken D. The Case for Parental Licensure. En: Psychopathy, Antisocial, criminal and violent behavior. En: Millon, Simonsen, Birket, Davis (Ed). N.York: Guilford Press; 1998. p. 122-43.
- Steiner H. Disruptive Behavior Disorders. En: Sadock B, Sadock V (Ed). Comprehensive Textbook of Psychiatry. 7th Ed. Philadelphia-USA: Lippincott W. & Wilkins; 2000. p. 2679-87.
- Lie N. Follow-up of children with attention deficit hyperactivity (ADHD). Acta Psychiatrica Scandinavica 1992; (Suppl.386), vol 85.
- Rudnick F. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorders, Intermittent Explosive Disorder, and Eating Disorders. En: Graham A, Schultz T (Editores). Principles of Addiction Medicine American Society of Addiction Medicine. Maryland, USA; 1998. p. 1029-46.
- Mac Cracken J. Attention-Deficit Disorders. En: Sadock B, Sadock V (Editores) Comprehensive Textbook of Psychiatry. 7th Edition. Philadelphia, USA: Lippincott Williams & Wilkins; 2000. p. 2679-88.
- Siever L. Neurobiology in Psychopathy. En: Millon T, Simonsen E, Birket M, Davis R (Ed). Psychopathy, antisocial, criminal and violent behavior. NY: Guilford Press; 1998. p. 231-46.
- Cloninger C, Svrakic D. Personality Disorders. En: Sadock B, Sadock V. (Ed). Comprehensive Textbook of Psychiatry. 7th Ed. Philadelphia, USA: Lippincott W. & Wilkins; 2000. p. 1723-64.
- Cottler L, Price R, Compton W, Mager D. Subtypes of adult antisocial behavior among drug abusers. J Nerv Ment Dis 1995; 183: 154-61.
- Woody G, McLellan A, Luborsky L. Sociopathy and psychotherapy outcome. Arch Gen Psychiatry 1985; 42: 1081-6.