



XVIII Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría Interpsiquis 2017

ENFERMEDAD MENTAL Y VIOLENCIA. ¿CREENCIA POPULAR O REALIDAD?

Ana María Mora Vázquez, Leticia Porras Ortigosa.

anusky_petal090@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

La creencia de que el delito se haya unido a los trastornos psiquiátricos es errónea a la vez que antigua, aunque sea una idea que este extendida y aceptada universalmente. En este caso el aforismo de que "una mentira repetida muchas veces se convierte en verdad" acierta de lleno. Históricamente, la sociedad tiende a explicar la violencia como consecuencia de la sinrazón. Y es cierto que la violencia no tiene razón que la explique, no responde a lo razonable que un ser humano ejerza la violencia de forma extrema, sea del tipo que fuere, contra otro ser humano, pero cosa muy distinta es asociar esta sinrazón a la enfermedad mental.

Los enfermos mentales y sus conductas han sido considerados de manera diferente a lo largo de la historia debido a los puntos de vista de varios autores. La suerte que corrían los enfermos mentales durante la edad media era la de ser considerados como poseídos por el demonio. Esta concepción tardará mucho tiempo en ser cambiada y partiendo de esta idea, es lógico que el tratamiento legal que recibían estos enfermos iba en consonancia con la de ser valorados como endemoniados. No será hasta el año 1724 cuando un tribunal anglosajón por primera vez habla de inimputabilidad para las personas con enfermedad mental.

Hasta el S. XIX no es cuando la psicología criminal comienza a desarrollarse de manera más rigurosa. El papel de Cesare Lombroso es esencial en este desarrollo. Su obra "El hombre criminal" recoge el análisis de los rasgos criminales. Estudiando las características de los distintos tipos de criminales establece una comparación con las morfologías antropológicas prestando una especial atención a los aspectos más psicológicos de la conducta. Dando un salto en el tiempo, Brussel, psiquiatra forense, en 1957 estableció el que se ha considerado como el primer perfil científico psicológico de un delincuente.

La evidencia científica contradice esa creencia popular a través de datos objetivos, que muestran que los enfermos mentales graves entran en conflicto con la ley con menor frecuencia que el resto de los conciudadanos. Coloquialmente hablando se denomina enfermo a todo aquel que es un sujeto perverso o con conductas antisociales, y sobre todo, a través de la influencia de

ENFERMEDAD MENTAL Y VIOLENCIA. ¿CREENCIA POPULAR O REALIDAD?

los medios de comunicación desde donde se habla de anormalidad o locura ante cualquier comportamiento cuando esta es cruel, excéntrico o violento.

OBJETIVOS

Los objetivos planteados son: conocer la realidad sobre la relación entre la enfermedad mental y violencia, y conocer los factores de riesgo para dicha conducta.

MATERIAL Y MÉTODO

Para la realización de nuestra comunicación hemos llevado a cabo una revisión bibliográfica de artículos y trabajos científicos. Hemos realizado la búsqueda a través de diferentes bases de datos: Pubmed, Medline, Cuidsalud y Cuiden. También hemos consultado bibliografía en formato papel.

Tópicos entre enfermedad mental y violencia

Por desgracia, al revisar la opinión pública se observa que se le atribuye como sujeto peligroso y violento al enfermo mental. También se atribuye cualquier acto cruel a una enfermedad psíquica, siendo realmente diferente. Por un lado, no hablamos de enfermedades sino de enfermos, los cuales expresan su dolencia de manera distinta. Por otro lado, contrastamos la opinión con los datos una vez que estos se hayan verificado. Cuando se lleva a cabo, observamos que los actos antisociales y de agresividad solo son realizados en mayor frecuencia por algunas entidades clínicas muy concretas y en determinados periodos muy limitados cronológicamente de la enfermedad. Esto quiere decir que la actividad delictiva no es un síntoma de trastornos psicopatológicos sino de formas muy específicas de los mismos.

Los factores que se asocian de forma más constante al riesgo de conducta violenta son la coexistencia con el abuso de alcohol y drogas, el incumplimiento del tratamiento y los antecedentes de conducta violenta. La enfermedad mental puede originar violencia por varias razones según la perspectiva psicopatológica:

- Por las alteraciones en el contenido en el pensamiento: ideas sobrevaloradas (ideas lógicas y reales pero impregnadas de una fuerte carga emocional); obsesivas (ideas distorsionadas que el sujeto no puede evitar a pesar de ser conscientes de su exageración) y delirantes (ideas falsas e irrefutables a razonamientos lógicos)

-Por alteraciones en el control de la impulsividad: dificultad e incluso imposibilidad para modular la impulsividad (alteración del sistema límbico)

-Por alteraciones en la afectividad: donde la inhibición /depresión y exaltación/manía están estrechamente relacionadas.

ENFERMEDAD MENTAL Y VIOLENCIA. ¿CREENCIA POPULAR O REALIDAD?

- Por las alteraciones inducidas por sustancias: las sustancias que pueden llevar a estos trastornos son estimulantes, psicodélicas o depresoras, produciendo intoxicación (por ingesta masiva), abstinencia (por la suspensión de alguna de estas sustancias) o dependencia (necesidad imperiosas de consumo).

Los cuadros clínicos más frecuentemente relacionados con la violencia son los siguientes:

Trastorno antisocial personalidad: de todos los tipos de trastorno de personalidad este es el que más conflictos legales puede originar ya que la esencia precisamente de dicho trastorno es el enfrentamiento con las normas sociales establecidas. Se caracteriza por un acusado desprecio de las normas y de las figuras de autoridad. Son sujetos fríos emocionalmente y calculadores. Con bastante frecuencia entran en conflicto con la ley realizando todo tipo de conductas delictivas.

Psicosis: los psicóticos y los esquizofrénicos a pesar de la creencia popular, no son enfermos especialmente peligrosos. Esta afirmación debe ser matizada ya que durante el comienzo de la enfermedad, y sobre todo cuando el paciente no ha recibido tratamiento, la agresividad del enfermo psicótico puede ser más elevada que otro tipo de pacientes al ver y percibir como se desestructura todo su mundo interno y externo. Además, la existencia de ideas delirantes pueden llevar a generar actitudes violentas e incluso a cometer delitos contra las personas, algunos tan graves como el homicidio. No obstante, esta agresividad a la hacemos referencia, según las estadísticas, se producen contra su medio familiar más cercano. Una vez que el paciente comienza con su tratamiento la violencia y la agresividad disminuye notoriamente.

Drogodependencia: de forma general se denominan drogas a todas aquellas sustancias que introducidas en el organismo son capaces de modificar una o más funciones de éste. Podemos matizar más aun este concepto definiendo como droga a cualquier sustancia, natural o artificial, que actúa sobre el cerebro, siendo capaz de modificar nuestras emociones, nuestros pensamientos y en definitiva toda nuestra conducta.

Hay varios tipos de sustancias, entre las que podemos clasificarlas como hemos mencionado anteriormente en:

- Estimulantes: provocan un aumento de la actividad general y crean un estado de ánimo exaltado y eufórico a veces con pérdida incluso del contacto con la realidad. Los estimulantes son todos ellos sustancias muy problemáticas pudiendo generar graves alteraciones psiquiátricas.
- Depresoras: su acción es inhibir el funcionamiento general de nuestro sistema nervioso, dando lugar a un estado de apatía, dejadez, somnolencia y pasotismo muy intenso. Este grupo también genera con mucha rapidez dependencia tanto psíquica como física. En este cabe incluir también el alcohol.

ENFERMEDAD MENTAL Y VIOLENCIA. ¿CREENCIA POPULAR O REALIDAD?

- Psicodélicas: la más conocida de este tipo es el LSD. Sus efectos son también problemáticos ya que son capaces de producir síntomas psicóticos (alucinaciones, despersonalización, trastornos de conductas, etc...) e incluso a veces auténticas psicosis.

Trastorno bipolar: generalmente los trastornos afectivos no tienen una criminalidad elevada. No obstante hay cuadro y situaciones que son la excepción de esta regla. Nos referimos a dos situaciones.: los llamados clásicamente homicidios-suicidios por compasión de la fase depresiva y la agresividad de los episodios maniacos que puede ser el origen de lesiones, desobediencia a la autoridad e incluso homicidios en los estados llamados clásicamente estados de "furor maniaco", que hoy gracias a la medicamentación existentes son excepcionales.

Referente al homicidio por compasión, es característico que los enfermos presenten ideas psicóticas de culpa o de ruina debido al estado depresivo que presentan. Lo que el enfermo pretende ante tales ideas es la de evitar el sufrimiento a sus seres queridos, lo que le lleva a producir el homicidio y continua con el suicidio del paciente. Mucho más raro es en los cuadros depresivos es la de encontrarnos con el delito por omisión. Debido a la falta de energía de un depresivo, la astenia y la apatía, puede obligar a actuar imprudentemente y sin intención a cometer una infracción penada en la ley. Un ejemplo de este caso es el abandono de los hijos o la negligencia profesional, ya que el paciente no puede pensar con claridad y su concentración y atención están alteradas.

Por lo que refiere al paciente maníaco este puede delinquir generando lesiones a terceros cuando estos se opongan a sus deseos y gustos o simplemente por llevarles la contraria. Otro foco de conflicto son las ideas delirantes de grandeza que tienen con frecuencia ideas que les llevan a conculcar la ley mediante estafas, apropiación indebida, intrusismo, etc..

Factores de riesgo

Los factores de riesgo están asociados con una mayor probabilidad de aparición de la enfermedad, mayor gravedad y mayor duración de los principales problemas de salud. Los factores de protección se refieren a las condiciones que mejoran la resistencia de las personas a los factores de riesgo y trastornos. En su mayoría, los factores individuales de protección son idénticos a las características de salud mental positiva, tales como la autoestima, fortaleza emocional, pensamiento positivo, destrezas sociales y de resolución de problemas, habilidades para el manejo del estrés y sentimientos de control. Por esta razón, las intervenciones preventivas dirigidas a fortalecer los factores de protección se superponen en gran medida con la promoción de la salud mental.

Existe sólida evidencia acerca de los factores de riesgo y de protección y sus vínculos con el desarrollo de los trastornos mentales. Tanto los factores de riesgo como los de protección pueden ser de caracteres individuales, relacionados con la familia, sociales, económicos y ambientales. Las intervenciones para prevenir los problemas de salud mental pretenden contraatacar los

ENFERMEDAD MENTAL Y VIOLENCIA. ¿CREENCIA POPULAR O REALIDAD?

factores de riesgo y reforzar los factores de protección a lo largo de la vida de la persona con el fin de interrumpir esos procesos que contribuyen a la disfunción mental humana. Mientras mayor influencia tenga los factores individuales sobre el desarrollo de los trastornos mentales y la salud mental, mayor será el efecto preventivo que se puede esperar cuando se implementen exitosamente.

RESULTADOS

Tras la revisión bibliográfica realizada entre enfermedad mental y conducta violenta nos muestra que los actos violentos graves cometidos por personas con trastornos mentales importantes aparecen concentrado de una pequeña fracción el número total de pacientes, especialmente con problemas sobreañadidos de abuso de alcohol y drogas. La mayoría de los actos violentos son cometidos por personas sin trastornos mentales. El estereotipo sobre el mayor riesgo de estas personas puede deberse a que los estudios se centran en muestras concretas. Mientras que una proporción minoritaria de las personas con trastornos mentales están hospitalizadas, la mayoría de los estudios que analizan la relación entre violencia y dichos trastornos analizan pacientes ingresados.

En el análisis de la relación entre conducta violenta y enfermedad mental existe una cara de la moneda que no suele ser atendida. En muchos casos los enfermos mentales, además de sufrir la estigmatización o el miedo que genera el desconocimiento sobre su enfermedad, también pueden ser, con mayor facilidad, víctimas de actos violentos, de abusos o de su utilización como instrumento para cometer delitos a manos de personas de su entorno o desconocidos. La realidad sobre la relación entre la enfermedad mental y la enfermedad mental grave es que las personas que padecen estas patologías pueden cometer actos violentos de forma impredecible, de forma muy esporádica e infrecuente, ahora bien, la mayoría de las personas con enfermedad mental grave no se comportan de manera agresiva o violenta. En nuestra sociedad existe un prejuicio negativo sobre los enfermos mentales, basado en estereotipos asumidos y compartidos de forma acrítica. Como consecuencia negativa de los estigmas y prejuicios, se produce una discriminación, que a su vez determina que individuos o grupos de una sociedad priven a otros de sus derechos o beneficios por su causa. Una parte esencial del estigma y la discriminación surge de la atribución al enfermo mental de una propensión a la violencia. La identificación entre paciente psiquiátrico y conducta violenta imprevisibles es básica en el mantenimiento del estigma y las actitudes negativas de la población.

Es cierto que existen resultados que indiquen la presencia de una conducta violenta relacionada con padecer una enfermedad mental, pero éstas se dan debido a los factores anteriormente descritos y también por los propios síntomas que presentan cada tipo de enfermedad mental que inicialmente no esté controlada o alterada por la interacción de factores externos.

ENFERMEDAD MENTAL Y VIOLENCIA. ¿CREENCIA POPULAR O REALIDAD?

La enfermedad que más se asocia a este tipo de comportamiento es la esquizofrenia, obteniendo datos de que la prevalencia de conducta violenta en dichos pacientes sea de 3 y 56 veces mayor que la población general. Sin embargo, la gran mayoría de las personas con esquizofrenia no han cometido ni cometerán ningún acto violento. Estos actos suelen relacionarse con la presencia de delirios (distorsiones de la realidad y de su significado) y alucinaciones (distorsiones de lo percibido), en los que el sujeto se cree perseguido por personas u organizaciones, oye voces que identifican a determinadas personas con enemigos o con demonios, por ejemplo. Una persona con esquizofrenia suele ocultar sus delirios y alucinaciones y por eso sus actos parecen carecer de sentido. Precisamente esto es lo que hace que choquen tantísimo y tengan tanto eco en los medios de comunicación, ya que a través de ellos potencian los estereotipos reduccionistas y así perpetúan la estigmatización de los pacientes. A consecuencia de estas actuaciones, la opinión pública encuentra justificado su miedo y su rechazo a los enfermos mentales y trata de segregarlos de la comunidad, porque les presupone peligrosos.

La realidad es diferente, y los resultados no muestran la peligrosidad de las personas con enfermedades mentales. La realidad es que en general los actos violentos graves cometidos por personas con trastornos mentales importantes aparecen concentrados en una pequeña fracción del número total de pacientes, especialmente con problemas sobreañadidos de abuso de alcohol y drogas.

CONCLUSIÓN

Podemos concluir diciendo que existe una asociación entre enfermedad mental y conducta violenta, pero según fuentes científicas, personas con enfermedades mentales graves contribuyen a dicha conducta menos que el resto de los ciudadanos. Para afrontar esta situación tenemos que eliminar la estigmatización y la discriminación principalmente, además de ofrecer intervenciones de calidad acordes con la evidencia científica.

El enfermo mental necesita, para su tratamiento y para mejorar su calidad de vida, el poder integrarse en la sociedad como un ciudadano más. Esta es una condición indispensable para poder mejorar y superar las dificultades que la enfermedad mental le causa. Combatir el estigma entendiendo que la violencia no es algo propio de la enfermedad mental y que un enfermo mental puede realizar una vida normalizada en la comunidad, es algo que depende de los pequeños gestos cotidianos de cada uno de nosotros, en la convivencia diaria, en el ámbito de las familias, de las Administraciones y en el de las asociaciones ciudadanas.

La mejor manera de afrontar esta situación no pasa por establecer formatos de asistencia crecientemente coercitivos, sino de trabajar a parte de eliminar la estigmatización y discriminación, en desarrollar servicios asistenciales accesibles y volcados en mantener el

ENFERMEDAD MENTAL Y VIOLENCIA. ¿CREENCIA POPULAR O REALIDAD?

contacto con los pacientes así como de ofrecer intervenciones de calidad acordes con la evidencia científica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Arbach, K. y Andrés-Pueyo, A. (2007). Valoración del riesgo de violencia en enfermos mentales con el HCR-20. *Papeles del Psicólogo*, 28, 174-186.
2. Echeburúa, E., Corral, P. y Amor, P. J. (2002). Evaluación del daño psicológico en las víctimas de delitos violentos. *Psicothema*, 14 supl., 139-146
3. Echeburúa, E. y Loinaz, I. (2011). Violencia y trastornos mentales. En P. García-Medina, J. M. Bethencourt-Pérez, E. Sola-Reche, A. R. Martín-Caballero y E. Armas-Vargas (dirs.), *Violencia y Psicología Comunitaria. Aspectos psicosociales, clínicos y legales* (pp. 1-22). Granada: Comares.
4. Volavka J, Laska E, Baker S, Meisner M, Czobor P, Krivelevich I (1997). History of violent behaviour and schizophrenia in different cultures. Analyses based on the WHO study on Determinants of Outcome of Severe Mental Disorders. *Br. J. Psychiatry*, Jul; 171: 9-14.
5. Medline plus. Enfermedad mental. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/mentaldisorders.html>
6. Brennan P; Mednick SA; Hodgins S (2000) Major Mental Disorders and Criminal Violence in a Danish Birth Cohort. *Arch Gen Psychiatry*. 57: 494-500
7. Lindqvist P, Allebeck P (1990). Schizophrenia and crime. A longitudinal follow-up of 644 schizophrenics in Stockholm. *Br. J. Psychiatry*, Sep; 157: 345-350.
8. Medline plus. Factores de riesgo y salud mental. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/depression.html>
9. Cross-Disorder Group of the Psychiatric Genomics Consortium. Genetic relationship between five psychiatric disorders estimated from genome-wide SNPs. *Nature Genetics*, August 11, 2013. <http://www.nimh.nih.gov/news/science-news/2013/new-data-reveal-extent-of-genetic-overlap-between-maj...>
10. Orlovska, S., Pedersen, M. S., Benros, M. E., Mortensen, P. B., Agerbo, E., & Nordentoft, M. (2014). Head injury as risk factor for psychiatric disorders: a nationwide register-based follow-up study of 113,906 persons with head injury.
11. Brady, K. T., & Sinha, R. (2014). Co-occurring mental and substance use disorders: the neurobiological effects of chronic stress.
12. wendsen, J., Conway, K. P., Degenhardt, L., Glantz, M., Jin, R., Merikangas, K. R., & Kessler, R. C. (2010). Mental disorders as risk factors for substance use, abuse and dependence: results from the 10-year follow-up of the National Comorbidity Survey. *Addiction*, 105(6), 1117-1128.

ENFERMEDAD MENTAL Y VIOLENCIA. ¿CREENCIA POPULAR O REALIDAD?

13. Medline plus. Violencia y enfermedad mental. Disponible en :
<http://www.mentalhealthamerica.net/antesdelaetapa4-inf%C3%B3rmese>
14. Medline plus. Salud masculina: abuso de drogas y alcohol. Disponible en :
<https://www.womenshealth.gov/espanol/salud-masculina/salud-mental-para-hombres/abuso-de-drogas-alcohol.html>
15. Medline plus. Esquizofrenia. Disponible en:
<https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/esquizofrenia-2011/index.shtml>
16. OMS. CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento (F00-F09). En : OMS. Clasificación estadística internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud. 10ª ed. Washington DC. OPS; 1995, pp. 295-375