

# ASPECTOS PENALES Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA CRIMINALIDAD EN LA ESQUIZOFRENIA

Ana Fresán\*, Josune Tejero\*\*, Rogelio Apiquian\*, Cristina Lozaga\*,  
María García-Anaya\*, Humberto Nicolini\*

## SUMMARY

As a general rule, people are held responsible for their behavior. Nevertheless, some are not judged as criminals by justice, on behalf of their mental condition.

The present work offers a review of the penitentiary frame for people with mental illness who have committed a crime, and points out the relationship between schizophrenia, aggression and criminality.

In Mexico, a person who commits a crime is sanctioned or punished by the State and to do that, it is necessary to prove the subject's guilt.

If a person lacks the maturity and necessary mental faculties to recognize the crime committed, culpability isn't present and the subject is considered inimputable. This is a cause for crime responsibility exclusion, and a most important feature regarding people with mental disorders.

In spite that criminal responsibility is associated with concepts such as free will or free choice, in practice it is related to imputability or inimputability.

One of the major problems for psychiatry, is that, at times, legal concepts differ from the psychiatry's concept of responsibility.

This problem becomes more complicated due to the lack of a clear legal definition of mental disorders that could be accepted in general situations.

The interaction between psychiatry and law is complex. Legal system resorts to psychiatry for mental disorder identification, in order to explain the way in which disorder obstructs the capacities of the accused and also to evaluate the mental state of the subject at the moment that the crime occurred.

Violent and aggressive acts committed by patients with a mental disorder have attracted psychiatric, criminological and general population's attention.

The evidence of an increased rate of crimes among individuals with a mental disorder, in comparison to general population, is based on researches that have studied people who reside in prisons or who have committed major crimes, specially when violence is evident.

Nevertheless, it is important to keep in mind that this selection

excludes the majority of people with mental disorders and also the majority of those considered as criminals.

It has been considered that the diagnosis of schizophrenia has a substantial role in the history of criminals with a severe mental disorder.

Until now, a causal relation between schizophrenia and homicide hasn't been established. It has been reported an increased homicide rate among schizophrenics in a 10 time proportion higher than the general population.

There is considerable evidence suggesting that aggressive behaviors and the subsequent crimes committed by schizophrenic patients aren't a phenomena pertaining to diagnosis but, rather, a consequence of specific psychotic symptoms, specially persecutory and command hallucinations, and delusions.

It has been proposed that the existence of criminal behaviors in schizophrenic patients is a rational response to irrational beliefs (delusions) and, in a similar way, command hallucinations can order the patient what to do, and as a consequence, indicate the course that violent behavior will take.

Substance abuse has been considered as a risk factor for aggressive behaviors and criminality in patients with schizophrenia. Several studies have documented that substance abuse, specially alcohol and cocaine, is a variable that discriminates schizophrenics having criminal records from those who don't have any.

In our society, it is necessary to have a better legal description of the mental disorders attached to the concept of inimputability, specifically for schizophrenia and other psychotic disorders. This is needed due to the contradictory results obtained in several psychiatric researches, regarding the association between schizophrenia and criminality.

Some authors have considered that schizophrenia is one of the most important psychiatric diagnosis associated to criminality, while other authors have reported that this association is limited to several risk factors that these patients present, such as the psychotic symptoms' severity, and substance abuse.

On the other hand, it is important to mention that crimes committed by schizophrenic patients, are mostly directed towards a member of the family environment. This could be one of the reasons for which these behaviors do not appear in legal records,

\* Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. Subdirección de Investigaciones Clínicas.

\*\*Secretaría de la Defensa Nacional.

Correspondencia: Psic. Ana Fresán. Subdirección de Investigaciones Clínicas, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. Calz. México-Xochimilco 101. San Lorenzo Huipulco, Tlalpan, 14370, México, D.F. Tel: 56 55 28 11 ext 204. Fax: 55 13 37 22. E-mail: fresan@imp.edu.mx  
Recibido primera versión: 7 de febrero de 2002. Segunda versión: 19 de abril de 2002. Tercera versión: 3 de julio de 2002. Aceptado: 2 de septiembre de 2002.

and a reason why patients are not imprisoned.

On behalf of this, it is necessary not only to study the association between schizophrenia and criminality in our society, but also the presence and severity of aggressiveness, because aggressiveness is the variable that leads to the perpetration of criminal behaviors.

Future research on aggressiveness and associated factors, such as psychotic symptomatology's severity, genetic vulnerability, personality traits and premorbid adjustment, will allow to have a better knowledge of the representative role of mental disorders specially schizophrenia in criminality rates in our society.

**Key words:** Inimputability, criminality, schizophrenia.

## RESUMEN

El presente escrito plantea el hacer una revisión del marco penal para aquellos enfermos mentales que cometen algún delito, y señalar la relación existente entre esquizofrenia, agresividad y criminalidad.

En México, el Código Penal establece que un sujeto que comete un delito es sancionado o castigado por el Estado y para ello se requiere la comprobación de su culpabilidad.

Si un sujeto carece de la madurez y las facultades psíquicas necesarias para el reconocimiento del delito, no se le considerará culpable, y, por ende, será declarado inimputable. Esto es una excluyente de responsabilidad del delito, como ocurre en el caso de algunos trastornos mentales

Se ha considerado que el diagnóstico de esquizofrenia tiene un papel sustancial en la historia del criminal con trastorno mental. Existen abundantes pruebas que sugieren que la comisión de crímenes observada en los pacientes con esquizofrenia no es un fenómeno originado por el diagnóstico, sino por un incremento en la agresividad secundario a la presencia de síntomas psicóticos específicos, principalmente alucinaciones y delirios de contenido persecutorio o de comando.

El abuso de sustancias se ha considerado como un factor de riesgo para la conducta agresiva, que conduce a la criminalidad en los pacientes con esquizofrenia. En diversos estudios se ha observado que el abuso de sustancias, principalmente de alcohol y cocaína, es una variable que permite diferenciar a los esquizofrénicos con antecedentes criminales de aquellos sin antecedentes de esta índole.

En nuestro medio, es necesaria una mejor descripción legal de los trastornos mentales enumerados dentro del concepto de inimputabilidad, en específico, de la esquizofrenia y de otros trastornos psicóticos. Lo anterior se debe a que los resultados obtenidos en diversas investigaciones en el área de la psiquiatría han sido contradictorios en cuanto a la asociación de esquizofrenia y criminalidad.

Algunos autores consideran que la esquizofrenia es uno de los principales diagnósticos asociados con la criminalidad, mientras que otros indican que esta asociación se halla limitada a diversos factores de riesgo que se presentan en determinadas etapas del padecimiento de estos pacientes; factores tales como la severidad de los síntomas psicóticos y el abuso de sustancias.

Por lo tanto, no sólo hace falta realizar estudios que asocien la esquizofrenia con la criminalidad en nuestro medio, sino que indiquen también, la presencia y severidad de la agresividad, ya que esta variable es la que conduce a la comisión de actos violentos o criminales.

El estudio de la agresividad y de los factores asociados con su manifestación, tales como la severidad de la sintomatología psicótica, la vulnerabilidad genética, la personalidad y el ajuste premórbido, permitirá tener un mayor conocimiento de la representatividad de los trastornos mentales, en especial de la esquizofrenia, en los índices de criminalidad en nuestro medio.

**Palabras clave:** Inimputable, criminalidad, esquizofrenia.

Como regla general, la sociedad considera a la gente como responsable y por ende, culpable de su comportamiento. Sin embargo, algunas personas no son juzgadas como criminales por el sistema de justicia, debido a su condición mental. Esta condición constituye una defensa contra los cargos que se les imputa (24).

La firmeza de los defensores que alegan enfermedad, parece derivarse de dos fuerzas médico-legales; la primera, es la fuerza imperativa de la moral. Esta va más allá de los aspectos clínicos o legales, ya que rechaza la culpabilidad de aquellas personas que no ameritan la clasificación de criminales debido a sus condiciones psicológicas y neurológicas. La ley designa esta circunstancia como "defecto o enfermedad mental". La segunda fuerza es la forma en que la sociedad percibe la justicia y la manera en que las Cortes clasifican a las personas no culpables, tanto en la teoría como en el práctica, al basar su defensa en la presencia de enfermedad (24).

El presente escrito plantea una revisión del marco penal para aquellos enfermos mentales que cometen algún delito y señala la relación existente entre esquizofrenia, agresividad y criminalidad.

En México, el Código Penal establece que un sujeto que comete un delito debe ser sancionado o castigado por el Estado y para ello se requiere la comprobación de su culpabilidad. Según Vidaurri (62), son tres los elementos de la culpabilidad:

1. Imputabilidad o capacidad de culpabilidad,
2. Conocimiento de la antijuridicidad y
3. Exigibilidad de un comportamiento distinto.

El primer elemento se refiere a las características psíquicas que posee el autor del delito, y/o aquéllas que la ley especifica para que se acredite la imputabilidad o la capacidad de culpabilidad. Si el sujeto carece de madurez y facultades psíquicas, no hay culpabilidad y se le considera como "inimputable". De este modo el individuo no se verá sujeto a una "sanción", sino que se le remitirá para su tratamiento, pues la inimputabilidad es una "excluyente de responsabilidad", según marca el Código Penal (17).

La alteración del juicio de realidad, es uno de los factores asociados a la "inimputabilidad". Dicha alteración puede presentarse en diversos trastornos men-

tales transitorios o permanentes (4). La presencia de ciertos trastornos mentales tiene por resultado que un individuo sea considerado inimputable, dado que no posee la capacidad para comprender el carácter ilícito del acto delictivo, ni la de conducirse de acuerdo a un entendimiento de la situación, en virtud de que padece un trastorno mental (17). Sin embargo, cuando se habla de exclusión de causa legal del delito, se deben incluir tres criterios que son: 1) Psicopatológico (en el que se incluye la alteración del juicio de realidad), 2) Cronológico (permanencia de la enfermedad en el tiempo) y 3) Jurídico (incapacidad para gobernarse), por lo que la alteración en el juicio de realidad es tan sólo una atenuante de responsabilidad penal, pero no exime de ésta.

El Código Penal del Distrito Federal en materia Común y para la República Mexicana en materia Federal, carece de una definición específica para el concepto de enfermedad o trastorno mental. En torno a los Códigos Penales en materia Común, el Código Penal de Nuevo León es el más específico en lo que a trastornos mentales se refiere, y señala como causas de exclusión del delito, la psicosis y el retraso mental (41). Del mismo modo, se considera inimputable al acusado que, en el momento de la acción u omisión, sufra una alteración del juicio de realidad de sus actos, por el empleo accidental o involuntario de sustancias tóxicas, embriagantes, estupefacientes, por un estado tóxico-infeccioso agudo o por un trastorno mental involuntario de carácter patológico y transitorio. Asimismo, se considera inimputable al acusado que, en el momento de cometer la acción delictiva, obre impulsado por miedo grave que nulifique su capacidad de entender y su voluntad tanto en la acción como en el resultado (41).

Sin embargo, es importante resaltar que el Código Penal de Nuevo León se ocupa exclusivamente a delitos en materia común, por lo que no es una Ley supletoria del Código Penal para el Distrito Federal en materia de delitos Federales. En consecuencia, la normatividad legal penal para la República Mexicana carece de una definición clara y precisa de los trastornos mentales que conducen a la inimputabilidad del individuo, y emplea para designarlos términos inespecíficos como “trastorno mental o desarrollo intelectual retardado”.

A pesar de que la “responsabilidad criminal” se asocia con conceptos como libre voluntad o libre elección, en la práctica se refiere al riesgo de ser castigado o bien a la imputabilidad o inimputabilidad. Sin embargo, uno de los principales problemas en la coincidencia de los puntos de vista legal y psiquiátrico, radica en la diferencia de conceptos que definen la inimputabilidad como consecuencia de algún tras-

torno mental, dado que la responsabilidad desde el punto de vista legal se establece a partir de los criterios mencionados anteriormente, en los que existen atenuantes de responsabilidad. Desde el punto de vista psiquiátrico, no obstante, es importante considerar la relación entre la severidad de los síntomas y la responsabilidad de una conducta (11, 15), relación que, a veces, no implica una atenuante de responsabilidad.

Este problema se complica debido a la carencia de una definición de enfermedad, legal y precisa, aceptada en general. La jurisprudencia estadounidense señala 4 elementos básicos que la defensa debe tomar en cuenta: a) presencia de trastorno mental, b) presencia de distorsión de la razón, c) ausencia de conocimiento sobre la naturaleza de la malignidad de la conducta (agudeza cognoscitiva) y d) incapacidad de retractarse del acto (agudeza volitiva) (50).

La interacción existente entre la psiquiatría y la ley es compleja. El sistema legal acude al psiquiatra con muchos propósitos: a) para identificar la presencia y naturaleza de la enfermedad mental, b) para explicar cómo la enfermedad obstaculiza las capacidades del inculpado en un momento dado y, c) para que se evalúe el estado emocional y cognoscitivo del sujeto, y se esclarezca, asimismo, el crimen alegado (24).

El papel del psiquiatra dentro del ámbito legal es motivo de controversia y prejuicio en la sociedad, especialmente por la mitificación de su figura en los medios masivos de comunicación o por casos específicos de inadecuada actuación profesional. Por lo anterior, existe la creencia de que muchos criminales recurren a “la enfermedad mental” para evitar ser castigados, y es común que la sociedad imagine que la defensa permite que los psiquiatras liberen a los criminales del castigo, “disculpándolos” por sus acciones (11, 24). Sin embargo, la defensa por enfermedad mental sólo se utiliza en situaciones muy específicas en las que se requiere la opinión de dos peritos psiquiatras, uno de cada parte, y si hay discrepancia entre ambos, el juzgado nombra un tercer perito psiquiatra que da una opinión final. Además, el psiquiatra no es quien toma la decisión final en torno a la imputabilidad o inimputabilidad del sujeto, sino el jurado o el juez, quienes determinan la responsabilidad del autor (24).

En caso de que el autor del delito tan sólo presente una disminución de su capacidad para comprender el carácter ilícito del delito, a juicio del juzgador, se le podrá imponer hasta dos terceras partes de la sanción penal que correspondería al delito o a la medida de tratamiento aplicable, o bien ambas, de acuerdo al grado en que se encuentre afectada la imputabilidad del autor (13).

La comisión de actos violentos y agresivos por pacientes que padecen algún trastorno mental ha sido un punto de interés para criminalistas, psiquiatras y público en general. Se ha sugerido que el principal problema que se suscita al establecer una asociación entre la conducta criminal y los trastornos mentales, es que entre ambos conceptos no hay una relación inherente (15), ya que la conducta criminal no es exclusiva de aquéllos que padecen algún trastorno mental.

En forma general, se asume que los factores relacionados con el crimen son los mismos entre la población general y la población psiquiátrica. De ahí que las pruebas de que la prevalencia de conductas criminales entre enfermos mentales exceda a la que se observa en la población general, se encuentren fundamentadas en que la mayoría de los estudios sobre criminalidad se centran en sujetos que residen en prisiones o en aquéllos que han cometido delitos graves, especialmente en los que son violentos (34). Por ello, de acuerdo a esta selección, son comprensibles los resultados de los estudios; sin embargo, debe recordarse que dicha selección excluye a la mayoría de los enfermos mentales y a la mayoría de los criminales.

El supuesto incremento en el índice de criminalidad en la población psiquiátrica, se considera como una consecuencia de la desinstitucionalización y de la criminalización del enfermo mental, el cual es transferido a un sistema penitenciario en lugar de referirlo para su atención al sistema de salud (12, 26, 32).

Sin embargo, hay información en el sentido de que la prevalencia de los trastornos mentales en los sistemas penitenciarios es mucho mayor que la encontrada en la población general (48, 59), en la que, por ejemplo, la prevalencia a lo largo de la vida es del 10% para esquizofrenia (18), cifra que supera con mucho a la prevalencia del 1% encontrada en la población general.

Por otro lado, los resultados de diversos estudios han demostrado que la prevalencia de conductas criminales en pacientes psiquiátricos es superior a la señalada en la población general, en la que los pacientes con algún trastorno psicótico muestran un riesgo del 5%-18% mayor que el 3.7% encontrado en la población general (10, 16, 19, 20, 26, 33, 55, 58, 61, 63).

Se ha encontrado que la frecuencia de los delitos contra la propiedad, delitos sexuales, adicciones y otras faltas, es mayor entre los sujetos con trastornos mentales, con antecedentes penales registrados, que entre aquellas personas con antecedentes penales pero que no acusan ningún trastorno mental (9, 12, 23, 32).

Se considera que el diagnóstico de esquizofrenia juega un rol sustancial en la historia del criminal con trastorno mental. Modestin y Ammann (33) informaron sobre ciertas características que, si bien no son generalizables, son relevantes para el estudio de la asociación entre la esquizofrenia y el crimen, y que además, pueden predecir conductas violentas en pacientes internos o reclusos: a) los pacientes con esquizofrenia son más jóvenes que la población criminal sin esquizofrenia (edad promedio 39 años vs. 43), b) la mayoría son solteros y c) comienzan su actividad criminal a una edad significativamente más temprana.

Aun cuando no se ha podido establecer una relación causal entre la esquizofrenia y el homicidio, hay informes de que existe un incremento en los índices de homicidio entre las personas con esquizofrenia en una proporción 10 veces mayor que la que se registra en la población general (hombres y mujeres) (7, 8).

Existe considerable evidencia que sugiere que la comisión de crímenes observada en los pacientes con esquizofrenia no es un fenómeno originado por el diagnóstico, sino que los delitos se cometen debido a un incremento en la agresividad de los pacientes, secundaria a la presencia de síntomas psicóticos específicos (1, 30, 55, 57, 67, 68). Los pacientes con síntomas psicóticos, tienen más propensión a ser más agresivos y a involucrarse en conductas ilegales y/o violentas (14, 27).

Las conductas agresivas se asocian de manera clara a las alucinaciones y delirios de contenido persecutorio o de comando (22, 28, 60, 65), primordialmente en la fase activa de la esquizofrenia.

Se ha propuesto que la aparición de conductas violentas en el esquizofrénico es una respuesta racional a creencias irracionales (delirios), de forma similar, las alucinaciones de comando pueden ser responsables por la conducta agresiva, al ordenarle al paciente lo que debe hacer y por ende, responsables del curso que tomará dicha conducta (13, 21), la que puede también, transformarse en un delito.

Los síntomas psicóticos, así como la agresividad, pueden reducirse significativamente si el paciente recibe el tratamiento especializado que requiere (40). De manera constante, se ha observado que dentro de los sujetos criminales que se rehúsan a tomar fármacos como alternativa de tratamiento, predominan aquéllos con diagnóstico de esquizofrenia (2, 69).

El abuso de sustancias se ha considerado factor de riesgo para la criminalidad en los pacientes con esquizofrenia (36, 42, 47, 51, 52, 66). En estudios epidemiológicos se indica que al 47% de los pacientes con esquizofrenia se les diagnosticó abuso de sustancias (45, 46), lo que ha mostrado ser una variable

que permite diferenciar a los esquizofrénicos con antecedentes criminales de aquéllos sin dichos antecedentes (32, 44, 52, 53, 56, 63).

Existe información respecto a que los pacientes esquizofrénicos sin comorbilidad, con el abuso de alcohol no reinciden en la comisión de crímenes, mientras que aquéllos con comorbilidad presentan un riesgo 10 veces mayor de reincidencia en comparación con la población general (44).

Se presume que en ciertos individuos, el alcohol produce un efecto desinhibitorio y relaja al sujeto, además de que reduce la tolerancia a la frustración. La cocaína, por su lado, provoca comportamientos agresivos inducidos por creencias paranoicas, probablemente debido a su impacto en los sistemas de neurotransmisores en lugares clave del cerebro (6, 31, 38, 43, 49).

Hasta el momento, la evidencia existente muestra que el abuso de sustancias es un factor de riesgo importante para la agresividad y para la comisión de actos delictivos en la esquizofrenia. La asociación teórica entre el abuso de sustancias, la esquizofrenia y la agresividad, refleja por un lado una relación causal entre el uso de sustancias y la criminalidad, y por el otro que la presencia o incremento de los actos delictivos se debe a la exacerbación de los síntomas psicóticos derivados a su vez del uso de sustancias, y, finalmente, a que las personas con esquizofrenia que son propensas a cometer actos delictivos también lo son al uso de sustancias (37).

Los resultados obtenidos en diversas investigaciones clínicas y epidemiológicas en el área de la psiquiatría han sido contradictorios en cuanto a la asociación de la esquizofrenia con la criminalidad. Algunos autores consideran que la esquizofrenia es uno de los principales diagnósticos asociados con la criminalidad (3, 25, 33, 39, 54, 55, 61), mientras que otros indican que esta asociación se encuentra limitada a diversos factores de riesgo que presentan estos individuos entre ellos, la severidad de los síntomas psicóticos y el abuso de sustancias (1, 29, 35, 38, 64, 65, 66).

Cabe mencionar que los actos violentos o los crímenes cometidos por los pacientes, por lo general se dirigen hacia algún miembro del entorno familiar y no hacia personas que el paciente desconoce (5), lo cual podría ser una de las razones por las que estas conductas no aparecen en registros oficiales ni dan origen a que el paciente ingrese a un medio penitenciario (29).

El estudio de la relación existente entre la esquizofrenia y la criminalidad ha sido ampliamente documentado en diversos países, sin embargo, esta asociación ha sido poco estudiada en nuestro país,

por lo que en primera instancia, es inminente la necesidad de una mejor descripción legal en materia Federal de los trastornos mentales, en específico de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, para la realización de estas investigaciones. Por otro lado, no sólo es necesario hacer estudios que evalúen la asociación de esquizofrenia y criminalidad en nuestro medio, sino que, además, deben tomarse en cuenta variables como la presencia y severidad de la agresividad durante el curso del padecimiento, ya que esta variable, de forma inminente, es la que conlleva la comisión de actos violentos o crímenes por parte de las personas que padecen este trastorno.

Asimismo, en el estudio de la agresividad y los factores asociados a su manifestación, es necesario evaluar variables tales como severidad de la sintomatología psicótica, vulnerabilidad genética, personalidad y ajuste premórbido, lo que permitirá tener un mayor conocimiento del rol de los trastornos mentales, en especial de la esquizofrenia, en los índices de criminalidad en nuestro medio.

## REFERENCIAS

1. ANGERMEYER MC, MATSCHINGER H: The effect of violent attacks by schizophrenic persons on the attitude of the public towards the mentally ill. *Soc Sci Med*, 43(12):1721-8, 1996.
2. BREKKE JS, PRINDLE C, BAE SW, LONG JD: Risks for individuals with schizophrenia who are living in the community. *Psych Serv*, 52(10):1358-66, 2001.
3. COID JW: Dangerous patients with mental illness: increased risks warrant new policies, adequate resources and appropriate legislation. *Br Med J*, 312:965-966, 1996.
4. CHAVEZ M, HERNANDEZ J: *La Violencia Intrafamiliar en la Legislación Mexicana*. Ed. Porrúa, México, 2000.
5. DANIELSON KK, MOFFITT TE, CASPI A, SILVA PA: Comorbidity between abuse of an adult and DSM-III-R mental disorders: evidence from an epidemiological study. *Am J Psychiatry*, 155(1):131-3, 1998.
6. DIXON L, HAAS G, WEIDEN PJ, SWEENEY J, FRANCES AJ: Drug abuse in schizophrenic patients: clinical correlates and reasons for use. *Am J Psychiatry*, 148(2):224-30, 1991.
7. ERONEN M: Mental disorders and homicidal behavior in female subjects. *Am J Psychiatry*, 152(8):1216-8, 1995.
8. ERONEN M, HAKOLA P, TIIHONEN J: Mental Disorders and Homicidal Behavior in Finland. *Arch Gen Psychiatry*, 53:497-501, 1996.
9. FARNHAM F, JAMES D, CANTRELL P: Association between violence, psychosis, and relationship to victim in stalkers. *Lancet*, 355:199, 2000.
10. GIBBONS JS, HORN SH, POWELL JM, GIBBONS JL: Schizophrenic patients and their families. A survey in a psychiatric service based on a DGH unit. *Br J Psychiatry*, 144:70-7, 1984.
11. GIBBONS P, MULRYAN N, O'CONNOR A: Guilty but insane: the insanity defence in Ireland, 1850-1995. *Br J Psychiatry*, 170:467-472, 1997.
12. GLANCY G, REGEHR C: The forensic psychiatric aspects of schizophrenia. *Clinical Forensic Psychiatry*, 15:575-589, 1992.

13. GRANDINI J, NICOLINI H: Medicina Forense. Editorial Porrúa, 161-174, México, 1990.
14. GRASSI L, PERON L, MARANGONI C, ZANCHI P VAN: Characteristics of violent behaviour in acute psychiatric inpatients: a 5-year Italian study. *Acta Psychiatr Scand*, 104(4):273-9, 2001.
15. GUNN J: Criminal Behaviour and Mental Disorder. *Br J Psychiatry*, 130:317-329, 1977.
16. HÄFNER H: *Crimes of Violence by Mentally Abnormal Offenders*. Cambridge University Press, Cambridge, 1992.
17. H CONGRESO DE LA UNION: Causas de exclusión del delito. Artículo 15, Fracción VII, En: *Código Penal*. Vol. Título Primero. Responsabilidad Penal. Editorial SISTA E. 15, México, 1931.
18. HOWELLS K, HOLLIN C: *Clinical Approaches to the Mentally Disordered Offender*. Nueva York, West Sussex, John Wiley & Sons LTD, 1993.
19. HUMPHREYS MS, JOHNSTONE EC, MACMILLAN JF, TAYLOR PJ: Dangerous behaviour preceding first admissions for schizophrenia. *Br J Psychiatry*, 161:501-5, 1992.
20. JOHNSTONE E, CROW T, JOHNSON A, MACMILLAN J: The NorthWick Park study of first episodes of schizophrenia I. Presentation of the illness and problems relating to admission. *Br J Psychiatry*, 148:115-120, 1986.
21. JUNGINGER J: Psychosis and violence: the case for a content analysis of psychotic experience. *Schizophr Bull*, 22(1):91-103, 1996.
22. JUNGINGER J, PARKS-LEVY J, MCGUIRE L: Delusions and symptom-consistent violence. *Psychiatr Serv*, 49(2):218-20, 1998.
23. KAMPHUIS J, EMMELKAMP P: Stalking—a contemporary challenge for forensic and clinical psychiatry. *Br J Psychiatry*, 176:206-209, 2000.
24. KAPLAN H, SADOCK B: *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Vol. IV. Williams and Wilkins, 2763, Baltimore, 1995.
25. KARSON C, BIGELOW LB: Violent behavior in schizophrenic inpatients. *J Ner Ment Dis*, 175(3):161-4, 1987.
26. LINDQVIST P, ALLEBECK P: Schizophrenia and crime. A longitudinal follow-up of 644 schizophrenics in Stockholm. *Br J Psychiatry*, 157:345-50, 1990.
27. LINK BG AH, CULLEN FT: The violent and illegal behaviour of mental patients reconsidered. *American Sociological Review*, 57:275-292, 1992.
28. MARTELL DA, DIETZ PE: Mentally disordered offenders who push or attempt to push victims onto subway tracks in New York City. *Arch Gen Psychiatry*, 49(6):472-5, 1992.
29. MARTIN JC, NOVAL D, MORINIGO A, GARCIA DE LA CONCHA JA: Factores predictores de agresividad en esquizofrénicos hospitalizados. *Actas Españolas Psiquiatría*, 28(3):151-5, 2000.
30. MCNIEL D: Hallucinations and violence. En: *Violence and Mental Disorder: Developments in Risk Assessment*. Monahan J SH (ed). University of Chicago Press, pp 183-202, Chicago, 1994.
31. MILLER NS, GOLD MS, MAHLER JC: Violent behaviors associated with cocaine use: possible pharmacological mechanisms. *Int J Addictions*, 26(10):1077-88, 1991.
32. MODESTIN J, AMMANN R: Mental disorders and criminal behavior. *Br J Psychiatry*, 166:667-675, 1995.
33. MODESTIN J, AMMANN R: Mental disorder and criminality: male schizophrenia. *Schizophr Bull*, 22(1):69-82, 1996.
34. MONAHAN J: Crime and mental illness: an epidemiological approach. En: *Crime and Justice*. Tonry NMM (ed). Vol 4, University of Chicago Press, Chicago, 1983.
35. MONAHAN J, STEADMAN HJ, APPELBAUM PS, ROBBINS PC, MULVEY EP, SILVER E, ROTH LH, GRISSO T: Developing a clinically useful actuarial tool for assessing violence risk. *Br J Psychiatry*, 176:312-9, 2000.
36. MULLEN PE: A reassessment of the link between mental disorder and violent behaviour, and its implications for clinical practice. *Aust NZJ Psychiatry*, 31(1):3-11, 1997.
37. MULLEN PE: Forensic mental health. [letter; comment]. *Br J Psychiatry*, 176:307-11, 2000.
38. NESTOR PG, HAYCOCK J, DOIRON S, KELLY J, KELLY D: Lethal violence and psychosis: a clinical profile. *Bull Am Academy Psychiatry Law*, 23(3):331-41, 1995.
39. NOBLE P, RODGER S: Violence by psychiatric in-patients. [see comments]. *Br J Psychiatry*, 155:384-90, 1989.
40. ODELL S, COMMANDER M: A follow-up study of people with severe mental illness treated by a specialist homeless team. *Psychiat Bull*, 23: 139-142, 1999.
41. PERIODICO FEDERAL DEL ESTADO DE NUEVO LEON: *Código Penal para el Estado de Nuevo León*. Marzo 26, 1990.
42. PERNANEN K: *Alcohol in Human Violence*. Guilford Press. Nueva York, 1991.
43. PRISTACH CA, SMITH CM: Self-reported effects of alcohol use on symptoms of schizophrenia. *Psychiatr Ser*, 47(4):421-3, 1996.
44. RASANEN P, TIHONEN J, ISOHANNI M, RANTA-KALLIO P, LEHTONEN J, MORING J: Schizophrenia, alcohol abuse, and violent behavior: a 26-year follow-up study of an unselected birth cohort. *Schizophr Bull*, 24(3):437-41, 1998.
45. REGIER DA, FARMER ME, RAE DS, LOCKE BZ, KEITH SJ, JUDD LL, GOODWIN FK: Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA*, 264(19):2511-8, 1990.
46. ROSENTHAL RN: Is schizophrenia addiction prone? *Curr Opin Psychiatry*, 11:45-48, 1998.
47. SCOTT H, JOHNSON S, MENEZES P, THORNICROFT G, MARSHALL J, BINDMAN J, BEBBINGTON P, KUIPERS E: Substance misuse and risk of aggression and offending among the severely mentally ill. *Br J Psychiatry*, 172:345-50, 1998.
48. SELLARS C, HOLLIN C, HOWELLS K: Mental illness, neurological and organic disorder and criminal behavior. En: Howells K, Hollin C (eds). *Clinical Approaches to the Mentally Disordered Offender*. John Wiley & Sons LTD, Nueva York. West Sussex, 1993.
49. SHANER A, ECKMAN TA, ROBERTS LJ, WILKINS JN, TUCKER DE, TSUANG JW, MINTZ J: Disability income, cocaine use, and repeated hospitalization among schizophrenic cocaine abusers -a government- sponsored revolving door?. *N Engl J Medicine*, 333(12):777-83, 1995.
50. SIMON R: The evaluation of criminal responsibility: A psychobiological approach. *Psychiatr Annals*, 22:544-546, 1994.
51. SMITH J, HUCKER S: Schizophrenia and substance abuse. *Br J Psychiatry*, 165(1):13-21, 1994.
52. SOYKA M, ALBUS M, KATHMANN N, FINELLI A, HOFSTETTER S, HOLZBACH R, IMMLER B, SAND P: Prevalence of alcohol and drug abuse in schizophrenic inpatients. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 242(6):362-72, 1993.
53. SOYKA M: Substance misuse, psychiatric disorder and violent and disturbed behaviour. *Br J Psychiatry*, 176:345-50, 2000.
54. STUEBE A: Violence and psychiatric disorders: results from an epidemiological study in Israel. *Psychiatry Q*, 68:327-342, 1997.
55. SWANSON JW, HOLZER CE, GANJU VK, JONO RT: Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from the Epidemiologic Catchment Area surveys. *Hosp Community Psychiatry*, 41(7):761-70, 1990.

56. SWARTZ MS, SWANSON JW, HIDAY VA, BORUM R, WAGNER HR, BURNS BJ: Violence and severe mental illness: the effects of substance abuse and nonadherence to medication. *Am J Psychiatry*, 155(2):226-31, 1998.
57. TARDIFF K, SWEILLAM A: Assault, suicide, and mental illness. *Arch Gen Psychiatry*, 37(2):164-9, 1980.
58. TAYLOR PJ, GUNN J: Violence and psychosis. I. Risk of violence among psychotic men. *Br Med J Clin Res*, 288(6435):1945-9, 1984.
59. TAYLOR P: Psychiatric disorder in London's life sentenced offenders. *Br J Criminology*, 26:63-78, 1986.
60. TAYLOR PJ: When symptoms of psychosis drive serious violence. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 33 (Supl 1):S47-54, 1998.
61. TIIHONEN J, ISOHANNI M, RASANEN P, KOIRANEN M, MORING J: Specific major mental disorders and criminality: a 26-year prospective study of the 1966 northern Finland birth cohort. *Am J Psychiatry*, 154(6):840-5, 1997.
62. VIDAURRI M: *Estudios Jurídico-Penales*. SEP, Universidad de Guanajuato, Guanajuato, 1997.
63. WALLACE C, MULLEN P, BURGESS P, PALMER S, RUSCHENA D, BROWNE C: Serious criminal offending and mental disorder. Case linkage study. *Br J Psychiatry*, 172:477-84, 1998.
64. WESSELY S: Madness and crime: criminology or psychiatry? *Criminal Behav Ment Health*, 1:193-228, 1991.
65. WESSELY S, BUCHANAN A, REED A, CUTTING J, EVERITT B, GARETY P, TAYLOR PJ: Acting on delusions. I: Prevalence. *Br J Psychiatry*, 163:69-76, 1993.
66. WESSELY S: The epidemiology of crime, violence and schizophrenia. *Br J Psychiatry*, (Supl) (32):8-11, 1997.
67. YESAVAGE JA, WERNER PD, BECKER J, HOLMAN C, MILLS M: Inpatient evaluation of aggression in psychiatric patients. *J Nerv Ment Dis*, 169(5):299-302, 1981.
68. YESAVAGE JA: Inpatient violence and the schizophrenic patient. A study of Brief Psychiatric Rating Scale scores and inpatient behavior. *Acta Psychiatr Scand*, 67(5):353-7, 1983.
69. ZITO J, CRAIG T, WANDERLING J: New York under the rivers decision: An epidemiologic study of drug treatment refusal. *Am J Psychiatry*, 148:904-909, 1991.