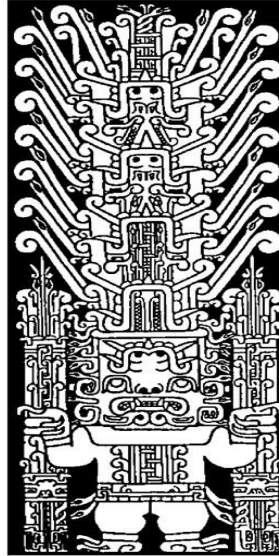


UNIVERSIDAD NACIONAL FEDERICO VILLARREAL
ESCUELA UNIVERSITARIA DE POSGRADO



TESIS

**“PERSONALIDAD Y TRASTORNO MENTAL DE LOS ACUSADOS POR
DELITO DE PARRICIDIO EVALUADOS EN LA DIVISION DE EXÁMENES
CLINICO FORENSES DEL INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL”.**

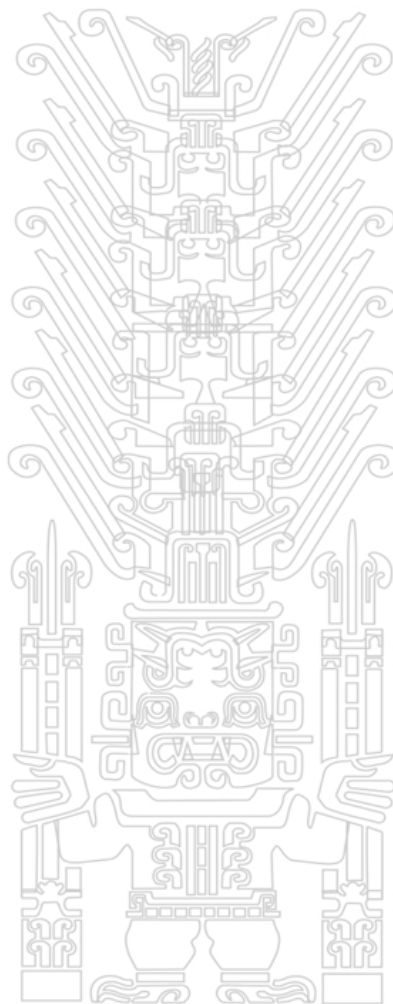
PRESENTADO POR:

MANUEL SOTELO TRINIDAD

**PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:
MAESTRO EN CONDUCTA ADICTIVA Y VIOLENCIA**

Lima – Perú

2017



A mis padres, mi esposa Guadalupe, mis hijos Erasmo y Sebastián.

ÍNDICE

| | Página |
|--|---------------|
| RESUMEN | 6 |
| ABSTRACT | 7 |
| INTRODUCCION | 8 |
| CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | |
| 1.1 Antecedentes | 11 |
| 1.2 Planteamiento del problema | 13 |
| 1.3 Objetivos | 14 |
| 1.4 Justificación e importancia | 15 |
| 1.5. Alcances y Limitaciones | 16 |
| 1.6. Definición de variables | 17 |
| CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO | |
| 2.1. Estudios de personalidad y trastornos mentales | 23 |
| 2.1.1. Definición de trastornos mentales | 26 |
| 2.1.2. Clasificación de trastornos mentales | 27 |
| 2.1.2.1. Los trastornos de personalidad y la conducta violenta | 31 |
| 2.1.2.2. Modelos de categorización del DSM y CIE | 35 |
| 2.1.3. Los trastornos mentales y la conducta violenta | 41 |
| 2.2. Hipótesis de investigación | 49 |
| CAPÍTULO III: METOLOGÍA | |
| 3.1. Tipo de investigación | 50 |
| 3.2. Diseño de investigación | 50 |
| 3.3. Estrategia de prueba de hipótesis | 51 |
| 3.4. Variables | 52 |
| 3.5. Población | 59 |
| 3.6. Muestra | 59 |
| 3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos | 60 |
| 3.8. Procesamiento y análisis de datos | 61 |

CAPÍTULO IV PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

| | |
|---------------------------|----|
| 4.1. Análisis descriptivo | 62 |
|---------------------------|----|

CAPÍTULO V DISCUSIÓN

| | |
|----------------------|----|
| 5.1. Discusión | 72 |
| 5.2. Conclusiones | 81 |
| 5.3. Recomendaciones | 84 |

| | |
|----------------------------------|----|
| REFEENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 85 |
|----------------------------------|----|

ANEXOS

| | |
|--|----|
| - Instrumentos | 88 |
| - Matriz de validación de Juicio de Expertos | 97 |

TABLAS Y FIGURAS

INDICE DE TABLAS

| | Página |
|--|---------------|
| Tabla 1: Genero de los acusados de parricidio | 62 |
| Tabla 2: Edad de los acusados de parricidio | 63 |
| Tabla 3: Diagnósticos en los parricidas con trastorno mental | 64 |
| Tabla 4: Diagnósticos en los parricidas con tipo de personalidad | 65 |
| Tabla 5: Diagnósticos de acentuación de rasgos de personalidad | 66 |
| Tabla 6: Vínculo Familiar de los parricidas con las víctimas | 67 |
| Tabla 7: Víctimas del delito de parricidio | 68 |
| Tabla 8: Planificación del parricidio | 69 |
| Tabla 9: Causas del parricidio | 70 |
| Tabla 10: Arma o elemento empleado en el parricidio | 71 |

INDICE DE FIGURAS

Figura 1. Género de los parricidas

62

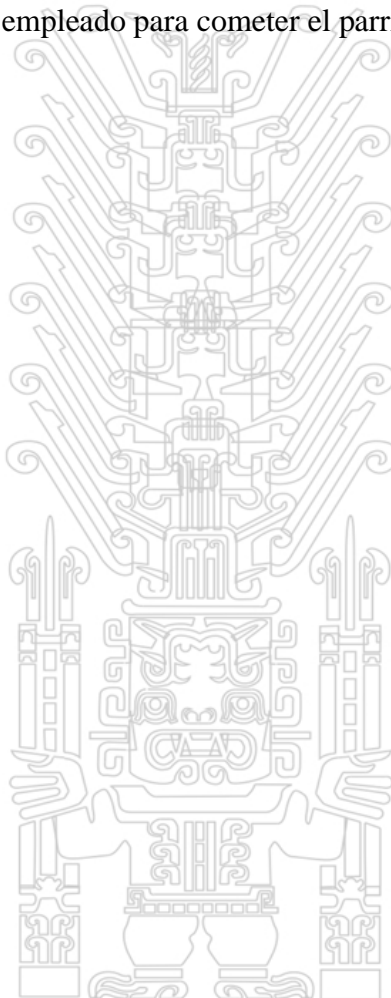
Figura 2. Edad de los parricidas.

63

Tesis publicada con autorización del autor
No olvide citar esta tesis

UNFV

| | |
|---|----|
| Figura 3. Trastornos Mentales diagnosticados en los parricidas. | 64 |
| Figura 4. Tipo de Personalidad diagnosticados en los parricidas. | 65 |
| Figura 5. Acentuación de los rasgos de personalidad diagnosticados en los parricidas. | 66 |
| Figura 6. Vínculo familiar de los parricidas con sus víctimas. | 67 |
| Figura 7. Víctimas de parricidio. | 68 |
| Figura 8. Planificación del parricidio. | 69 |
| Figura 9. Causas del parricidio. | 70 |
| Figura 10. Arma o instrumento empleado para cometer el parricidio. | 71 |



RESUMEN

El objetivo de la presente investigación fue determinar las características de la personalidad y de los trastornos mentales que presentan los acusados de parricidio en nuestro medio. La metodología empleada fue el estudio de casos descriptivo no experimental, en los acusados de parricidio evaluados en la Unidad de Psiquiatría Forense de la División Médico Legal de Lima durante el año 2009. Como resultado se encontró que fueron evaluados 19 parricidas: 12 mujeres y 7 varones. En 4 de ellos se diagnosticó trastorno mental: depresión en 2 casos, esquizofrenia paranoide 1 caso y trastorno afectivo bipolar 1 caso. En 6 parricidas se diagnosticó trastorno de personalidad: personalidad inestable 3 casos, histriónica 2 casos y disocial 1 caso. Las víctimas de parricidio fueron sobretodo: los hijos (7 casos de filicidio) y la esposa o conviviente (4 casos de feminicidio). La investigación fiscal consideró que el parricidio fue resultado de un acto impulsivo en 14 casos (73.6%), acto planificado 4 casos y acto de defensa 1 caso. El móvil fue la ira 11 casos y el interés 3 casos. Se empleó arma blanca 6 casos y asfixia por estrangulamiento en 5 casos. Las conclusiones señalan que la prevalencia de trastornos mentales encontrada en los acusados de parricidio fue 21.05% con una mayor presencia de los trastornos del afecto. Los trastornos de personalidad tuvieron una prevalencia de 31.57%, siendo las personalidades inestables las de mayor frecuencia. Estos resultados difieren de investigaciones previas que señalan un mayor número de parricidas varones, una mayor prevalencia de trastornos esquizofrénicos y un mayor número de personalidades disociales.

Palabras clave: Personalidad, Parricidio, trastornos mentales, feminicidio.

ABSTRACT

The present study was designed to determine the characteristics of the personality and mental disorders in the defendants of parricide in our social environment. A descriptive study was done by the Forensic Psychiatry Unit of the Medical Legal Division of Lima's Public Minister. It was found that in the year 2009, 19 defendants of parricide were evaluated: 12 women and 7 males. Four of them were diagnosed with a mental disorder: depression in 2 cases, paranoid schizophrenia in 1 case and affective bipolar disorder 1 in case. Six parricides were diagnosed with personality disorder: unstable type in 3 case, histrionic type in 2 cases and antisocial type in 1 case. The principal victims of parricide were: children (filicide) in 7 cases and the wife or female partner (femicide) in 4 cases. The General Attorney's Office's investigation found out that the parricide act was a result of an impulsive act in 14 cases (73.6%), a previously planned (or calculated) act in 4 cases and an act of defense in 1 case. The cause was rage in 11 cases, personal interest in 3 cases, depression in 2 cases and only one case was a result of psychosis. The method used to kill the victim was with a lethal instrument, using a knife in 6 cases and asphyxia by strangulation in 5 cases. The conclusions indicate that the prevalence of mental disorders found in the defendants of parricide was 21.05 % with a major presence of the disorders of the affection. The disorders of personality had a prevalence of 31.57 %, being the unstable personalities those of major frequency. These results differ from previous studies in that those indicated a higher number of male parricides, a higher prevalence of mental disorders, mainly schizophrenia, and a higher number or incidence of antisocial personalities. In our study the most frequent type of personality disorder found were the unstable and histrionic types acting in an impulsive way, being children and wives or female partners the most frequent victims.

Key words: Personality, parricide, filicide, femicide.

INTRODUCCIÓN

El parricidio es considerado uno de los delitos más antiguos de la humanidad. Las diferentes religiones y culturas lo han incorporado en sus tradiciones y por implicar el asesinato de los miembros de la familia nuclear se lo ha considerado como el crimen capital y primordial tanto de la humanidad como del individuo.

En la antigüedad, el concepto de parricidio se aplicaba sólo a la muerte del padre de familia por sus hijos, en cambio no se consideraba delito el que el padre diera muerte a sus hijos, entendiéndose que éstos eran propiedad natural del jefe de familia. Como lo refería la expresión de Aristóteles: “un hijo o un esclavo son propiedad, y nada de lo que se hace con la propiedad es injusto”.

La tradición judío-cristiana narra la historia del sacrificio de Isaac (la prueba de la fe de Abraham) para afirmar que Dios desapruueba expresamente el parricidio.

A lo largo de la historia sin embargo han sido frecuentes los casos de príncipes que mataban a sus padres para heredar sus reinos así como de situaciones inversas impulsadas por la ambición y la lucha por el poder.

Posteriormente se impondrían limitaciones al poder del patriarca, convirtiéndose en delito el dar muerte tanto a los padres como a los hijos o hermanos. A partir de mediados del siglo primero antes de Cristo, el concepto

de parricidio incluía la muerte de cualquier ascendiente, descendiente o parientes, colaterales hasta cuarto grado, incluyéndose a la esposa, marido, suegros, yerno, nuera, padrastro, hijastro y el patrón. Este último caso dejó de constituirse como parricidio al instituirse las leyes laborales.

En la Edad Antigua y en la Edad Media, el homicidio a la esposa adúltera era permitido en algunos códigos. Lo que fue desapareciendo de las leyes desde los inicios del siglo XII.

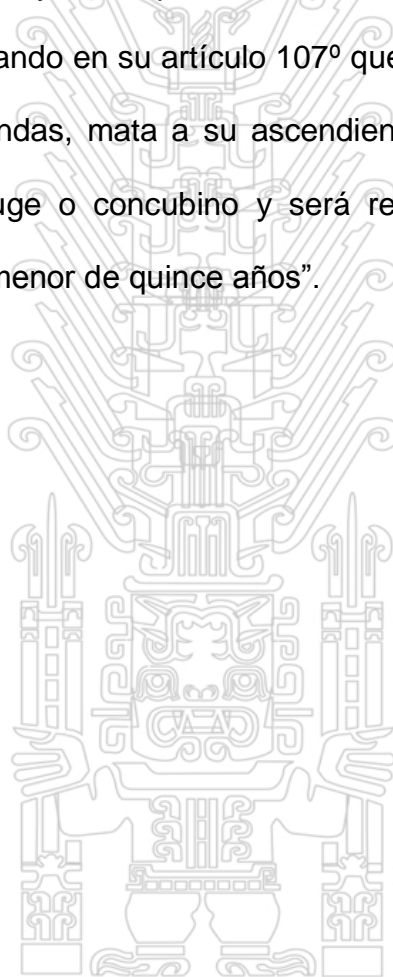
Las legislaciones de los países occidentales han diferenciado el parricidio como delito tipo en fechas más bien recientes. La propia legislación Penal peruana y otras, como la de Gran Bretaña, asimilaban antes el parricidio al asesinato o bien a un homicidio con agravante.

En la actualidad en cambio, con la intención de comprender mejor su naturaleza y sancionar este delito, el concepto de parricidio se ha diferenciado legalmente en diferentes tipos específicos de parricidio como son: el feminicidio, el infanticidio, el fratricidio y el filicidio.

En los países latinoamericanos, como es el caso de Chile, se considera que, legalmente, comete parricidio “el que, conociendo las relaciones que lo ligan, mate a su padre, madre o hijo, a cualquier otro de sus ascendientes o descendientes o a su cónyuge o conviviente”.

En Ecuador se pena el parricidio de acuerdo a lo señalado en el artículo 452 del Código Penal ecuatoriano, artículo que asimila el parricidio al asesinato reprimiendo a los que: “a sabiendas y voluntariamente, mataren a cualquier ascendiente o descendiente, cónyuge, o hermano con la pena de reclusión mayor especial de dieciséis a veinticinco años”.

En el Perú, el Código Penal (Ministerio de Justicia, 1997) considera al Parricidio como un tipo de homicidio y lo comprende dentro de los delitos contra la vida el cuerpo y la salud, señalando en su artículo 107º que “el Parricidio se constituye cuando el que, a sabiendas, mata a su ascendiente, descendiente, natural o adoptivo, o a su cónyuge o concubino y será reprimido por ello con pena privativa de libertad no menor de quince años”.



CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 ANTECEDENTES

Si bien la incidencia de los delitos de parricidio es baja en relación a otro tipo de crímenes, su impacto social siempre ha sido importante. Uno de los aspectos que ha generado mayor interés es el tratar de conocer cuál fue el estado mental que llevo a los parricidas a cometer este delito.

En el Perú no existen estudios previos sobre las características de la personalidad o el tipo de trastornos mentales que presentaron las personas que cometieron este delito. Los estudios previos se han limitado a descripciones estadísticas o comentarios sobre casos particulares pero no se ha profundizado sobre el estado mental de los parricidas y las circunstancias que rodearon al delito.

La mayor parte de la información sobre los casos parricidio en nuestro medio se han centrado especialmente en una variedad del mismo: el feminicidio. El Observatorio de La Criminalidad del Ministerio Público (2011) ha reportado que durante el periodo comprendido entre el 2011 – 2014, se aprecia que el mayor porcentaje de víctimas de feminicidio se dio en el departamento de Lima que concentro el 30,1% de los casos en el año 2011 (de un total de 123 victimas de feminicidio) y 32,5% en 2014 (de un total de víctimas de 83 victimas de

feminicidio). Sin embargo ni en este estudio o en reportes posteriores se describen las características o circunstancias de cómo se produjeron estos delitos.

Los estudios sobre la prevalencia del parricidio han mostrado que es un delito poco frecuente. Investigaciones europeas y norteamericanas coinciden en que el parricidio constituye la causa de menos del 4% del total de homicidios.

En estudios estadounidenses el parricidio constituyó el 2% de todos los homicidios, en Canadá representó el 3,7%, y en Francia del 2 al 3%.

En una revisión realizada en Chile por Tamara Galleguillos en el año 2008 encontró que los crímenes por parricidio correspondían al 4,97% de los homicidios.

En la investigación sobre Parricidio realizada por Marleau, Millaud y Auclair (2003) encontró que los autores de estos delitos presentaban: esquizofrenia paranoide (56%), trastorno bipolar psicótico (13%), y trastorno esquizoafectivo (8%). Señalo además hasta un 45% de los parricidas tendría trastorno o rasgos de personalidad narcisista.

La mayoría de estos pacientes no estaba bajo tratamiento en el momento de cometer el crimen (más del 90%), ya sea porque ellos mismos suspendieron la medicación o porque no habían sido diagnosticados.

Se ha considerado que el estudio del estado mental de las personas que cometieron este delito es un aspecto fundamental para comprender las causas del mismo.

En la literatura internacional se han descrito ciertas características comunes entre los diferentes tipos de parricidas: su estado mental en el momento de cometer el delito, los rasgos de su personalidad, la situación específica como se cometió el delito, el tipo de vínculo que existía entre el parricida y la víctima y las características de ese vínculo.

El conocer estos distintos factores nos permitirá configurar diferentes perfiles de personalidad y de los trastornos mentales de los parricidas con la finalidad de implementar las medidas preventivas y de protección hacia las víctimas potenciales de este delito.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El parricidio es un tipo de delito especialmente grave pero a la vez prevenible, sin embargo en nuestro medio no se han realizado estudios que nos permitan conocer sus características, incidencia y las condiciones mentales de quienes lo cometieron.

Esta información es necesaria para conocer los factores que predisponen o evitarían su ocurrencia y que nos permitirían implementar las medidas psicosociales y legales convenientes para prevenirlo.

Entre estos factores se ha señalado como un aspecto fundamental el conocer el tipo de personalidad del parricida y si este presentaba algún tipo de trastorno mental en el momento de cometer el delito, por ello la presente investigación se planteó como problema principal el determinar:

¿Qué tipo prevalente de personalidad y trastorno mental presentaron los acusados en el momento de cometer el delito de parricidio?

Asimismo con el objeto de poder determinar las circunstancias psicosociales que pudieran haber favorecido el que se cometiera este delito se trató de determinar cómo problemas secundarios:

- P1. ¿Cuál fue el género y la edad prevalentes de los parricidas?
- P2. ¿Qué tipo de vínculo mantuvo el acusado de parricidio con la víctima?
- P3. ¿Existió una premeditación del acto parricida?
- P4. ¿Qué causa o circunstancia favoreció para que se cometiera el delito de parricidio?
- P5. ¿Qué arma o elemento se empleó para cometer el parricidio?

1.3 OBJETIVOS

Objetivo general:

Determinar el tipo prevalente de personalidad y de trastorno mental que presentaron los acusados de parricidio evaluados en la División de Exámenes Clínico Forenses del Instituto de Medicina Legal, en el momento de cometer el delito.

Objetivos específicos:

- O1. Determinar el género y la edad prevalentes de los parricidas.
- O2. Determinar el tipo de vínculo que existía entre el parricida y la víctima.
- O3. Determinar si existió premeditación en el acto parricida.
- O4. Determinar las causas o circunstancias que favorecieron el que se cometiera el parricidio.
- O5. Determinar el tipo de arma o instrumento prevalente empleado para cometer el parricidio.

1.4 JUSTIFICACION

El delito de parricidio es considerado por su naturaleza como el más grave de los delitos de homicidio, para poder estudiarlo se requiere conocer la incidencia de los diferentes formas de parricidio (filicidio, feminicidio, matricidio, etc.) que este delito comprende, las circunstancias que pudieron facilitar o evitar que se produjera, las características del parricida así como de la víctima y la presencia de algún tipo de trastorno mental que pudo desencadenar su ocurrencia.

El impacto social de la Investigación reside en el hecho de considerarse a la violencia en general como un problema de salud pública y que dentro de las diversas formas de violencia el homicidio constituye su expresión más grave, pero ser a la vez un delito prevenible. Al ser considerado el parricidio a su vez como una de las formas más graves de homicidio, las investigaciones que nos permitan conocer su incidencia, causas, el tipo de población afectada, los

comportamientos que favorecen su aparición nos permitirán implementar medidas para prevenirlo.

La importancia de la presente investigación reside en la necesidad de contar con información sobre la incidencia, características y circunstancias de cómo se produce el delito de parricidio en nuestro medio ya que no contamos con trabajos actualizados de investigación previos sobre este tema, siendo dicha información necesaria y para formular las medidas preventivas que permitan evitar su ocurrencia.

1.5 ALCANCES Y LIMITACIONES

El alcance de la presente investigación comprendió el estudio de los casos de parricidio que fueron evaluados en la Unidad de Psiquiatría Forense de la División Clínica Forense de Lima (DICLIFOR) del Instituto de Medicina Legal de Lima, institución que pertenece al Ministerio Público.

Con ese fin se estudiaron todos los casos de parricidio que fueron examinados en dicha unidad de psiquiatría forense desde el 01 de enero al 31 de diciembre del año 2009.

Los casos fueron evaluados a solicitud de los diferentes Juzgados y Fiscalías de Lima encargados de juzgar a los acusados de haber cometido el delito de parricidio y que enviaron a los acusados a la unidad de Psiquiatría Forense con la finalidad que en la misma se les realice el examen psiquiátrico que determinase si presentaban algún trastorno de personalidad o si presentaban

algún tipo de trastorno mental en el momento de cometer el delito.

Estos aspectos son considerados legalmente relevantes porque en función a ello se trató de determinar los motivos o móviles que impulsaron al acusado a cometer el delito y en función aplicar las sanciones en cada caso considerando los agravantes o atenuantes que en cada caso se podrían considerar.

Las limitaciones con respecto al número de casos estudiados de parricidio estuvieron en relación a que este número dependió de la decisión de las autoridades fiscales o judiciales a cargo de las investigaciones.

1.6 DEFINICION DE VARIABLES

La presente investigación con respecto al estado mental de los acusados de parricidio se basó en el estudio de dos variables: la variable personalidad y la variable trastorno mental.

I) Variable de investigación: personalidad

Definición conceptual

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1992) ha definido a la personalidad como el peculiar estilo de vida que, en forma persistente y duradera, presenta el individuo de una cultura para relacionarse consigo mismo y, especialmente, con los demás; son modelos desviados y habituales de respuesta a numerosas situaciones individuales y sociales que pueden o no ocasionar tensión subjetiva e inadaptación social.

La Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS (CIE-10, 1992) ha hecho una distinción entre personalidad normal, acentuación de los rasgos de personalidad y el trastorno de personalidad en función a la gradualidad e

intensidad de la presencia de los rasgos de la personalidad y el nivel en el que comprometen diferentes áreas en funcionamiento social, familiar, de pareja, educativo y laboral en la persona.

Los trastornos específicos de la personalidad se caracterizan por aparecer en la infancia o la adolescencia (antes de los 16 o 17 años), por persistir en la madurez y por no ser consecuencia de otros trastornos mentales o cerebrales.

El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos de la Asociación Psiquiátrica de los Estados Unidos (DSM-5, 2013) establece similares conceptos para definir estos trastornos, destacando que los rasgos de la personalidad adquieren la categoría de trastorno únicamente si devienen rígidos y dificultan la adaptación, si dan lugar a defecto funcional primario con tensión subjetiva y, sobre todo, si conforman un modelo de comportamiento inflexible, inadaptable y profundamente arraigado que se aparta notoriamente de las pautas culturales del individuo en no menos de dos de las siguientes áreas: cognitiva, afectiva, relaciones interpersonales y control de los impulsos. A esto se agregan otras características: se presenta en un amplio abanico de situaciones personales y sociales; provoca problemas en el campo clínico y laboral o en otras áreas importantes del funcionamiento. El modelo estable y de larga duración tiene manifestaciones previas que se remontan a la adolescencia o al inicio de la adultez; el trastorno profundamente arraigado no puede comprenderse como consecuencia de otro trastorno mental; el modelo duradero no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia

(p.ej., medicación, abuso de una droga) o de una condición médica general (p.ej., traumatismo encefálico).

Para realizarse el diagnóstico, debe evaluarse el funcionamiento del individuo a través de su vida, distinguiéndose las manifestaciones anormales que definen un trastorno de las que pueden surgir como consecuencia de situaciones estresantes específicas o de condiciones mentales transitorias (p.ej. intoxicaciones, trastorno del humor).

Definición operacional

La personalidad se define como la particular forma de ser de cada persona, su estructura se encuentra constituida por diferentes rasgos. Los rasgos de la personalidad a su vez han sido definidos como formas específicas de comportamiento que se mantienen en la conducta en diferentes situaciones y en forma consistente a lo largo del tiempo, en base a ello el diagnóstico de un tipo de personalidad debe concluir en una de tres posibilidades:

- a) Personalidad normal: cuando los rasgos de personalidad se muestran adecuados a las circunstancias y el entorno social en el que se desenvuelve la persona.
- b) Acentuación de los rasgos de la personalidad: cuando determinados rasgos se presentan con persistencia en diferentes situaciones o contextos pero sin llegar a ocasionar un nivel de disfunción en la conducta o desempeño de la persona.
- c) Trastorno de personalidad: cuando uno o más rasgos de la personalidad se tornan en rígidos, persistentes e inadecuados ocasionando una disfunción social en el comportamiento de la persona. El diagnóstico de trastorno de

personalidad es definido por la Organización Mundial de la Salud en la Clasificación Internacional de Enfermedades en su Décima Revisión CIE-10 en función a los siguientes criterios:

1. Actitudes y comportamientos que afectan aspectos de la personalidad como la afectividad, excitabilidad, control de impulsos, formas de percibir, pensar y relacionarse con los demás.
2. El comportamiento anormal es duradero.
3. El comportamiento anormal es claramente desadaptativa para situaciones individuales y sociales.
4. Las manifestaciones aparecen en la infancia o adolescencia y persisten en la madurez.
5. El trastorno puede conllevar malestar personal.
6. El trastorno se acompaña de deterioro significativo del rendimiento profesional y social.

II) Variable de investigación: Trastorno Mental

Definición conceptual

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1992] describe el Trastorno Mental como el comportamiento o el grupo de síntomas identificables en la práctica clínica que presenta una persona y se acompañan de malestar o interfieren en su actividad normal.

Si bien se considera que no existe una definición que especifique adecuadamente los límites del concepto "trastorno mental", el término, al igual que otros muchos términos en la medicina y en la ciencia, carece de una definición consistente que englobe todas las posibilidades.

En la presente Investigación se empleó el concepto de Trastornos Mental definido por la Organización Mundial de la Salud en la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima revisión (CIE 10) en la que “el término "trastorno" se usa a lo largo de la clasificación para evitar los problemas que plantea el utilizar otros conceptos tales como "enfermedad" o "padecimiento". Aunque "trastorno" no es un término preciso, se usa para señalar la presencia de un comportamiento o de un grupo de síntomas identificables en la práctica clínica, que en la mayoría de los casos se acompañan de malestar o interfieren en la actividad del individuo”.

Los trastornos mentales definidos en la CIE-10 no incluyen disfunciones o conflictos sociales por sí mismos en ausencia de trastornos individuales.

Se consideran trastornos mentales a los problemas psíquicos y la tensión emocional, las disfunciones asociadas con los síntomas de angustia y los trastornos psíquicos diagnosticables, como la esquizofrenia y la depresión.

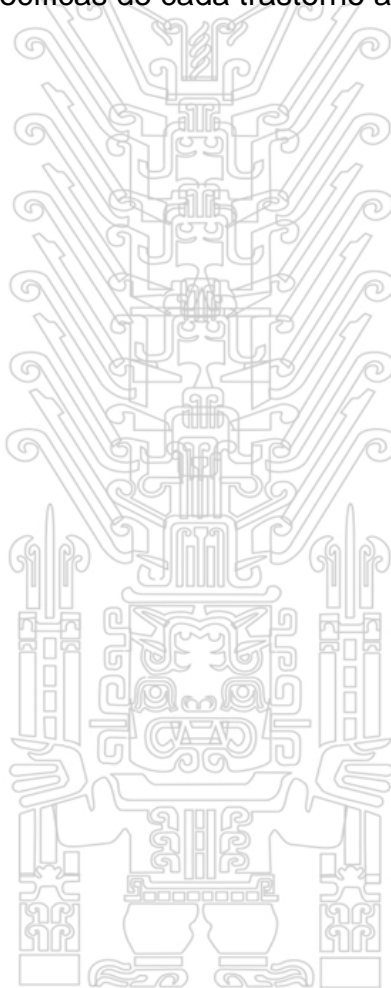
La salud mental está condicionada por múltiples factores entre ellos los de carácter biológico (por ejemplo, factores genéticos o en función del sexo), individual (experiencias personales), familiar y social (el hecho de contar con apoyo social) o económico y medioambiental (la categoría social y las condiciones de vida), las que alterarse producen el trastorno mental.

Definición operacional

Operacionalmente el trastorno mental ha sido definido en esta investigación como el comportamiento anormal de la persona que por sus características clínicas principales y secundarias se encuentra clasificado en la Clasificación

Internacional de Enfermedades en su décima revisión (CIE 10, 1992). La CIE 10 señala el número y los síntomas específicos que debe presentar la persona para realizar el diagnóstico fiable.

En algunas ocasiones, para evitar repeticiones innecesarias, se proporciona la descripción clínica y pautas para el diagnóstico de ciertos grupos de trastornos, además de aquellas específicas de cada trastorno aislado dentro del grupo.



CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Estudio de la personalidad y trastornos mentales.

El estudio de la personalidad y los trastornos mentales se remonta a los orígenes de la medicina occidental, Hipócrates se refirió a la teoría de los cuatro temperamentos, cada una de los cuales, consideraba, tenía predisposición a padecer determinadas enfermedades. Con Galeno en el siglo II DC la doctrina de los temperamentos se convierte en un modelo descriptivo complejo. Los cuatro elementos (sangre, bilis negra, bilis amarilla y linfa) van a determinar, según cual predomine, el carácter sanguíneo (abiertamente optimista y extrovertido), colérico (irritable y hostil), melancólico (pesimista) y flemático (apático). Posteriormente Kretschmer propone una tipología somática en la que relaciona la constitución corporal con el carácter. Al asténico lo define como tímido, perseverante y con tendencia a preocuparse, este biotipo predispondría a la esquizofrenia. El Pícnico es sociable, y despreocupado, estarían predispuestos al trastorno bipolar, el atlético sería sincero y tenaz.

Los intentos de clasificar la personalidad de Gall, Sheldon o de Kretschmer, por características físicas tuvieron un valor limitado. En 1801 Pinel describe la manía sin delirio que puede considerarse como la primera aproximación al estudio de los trastornos de personalidad, describiendo pacientes que

presentaban conductas antisociales en ausencia de trastornos del juicio y de las funciones intelectuales. En 1812, Benjamín Rush, en Estados Unidos,

Tesis publicada con autorización del autor
No olvide citar esta tesis

UNEV

describe la deprivación moral innata y Esquirol en 1817 las monomanías instintivas, siendo mejorada la descripción del trastorno en 1835 por Prichard. Es Koch en 1881 quién introdujo el concepto de “inferioridades psicopáticas” para designar a toda irregularidad psíquica que influye sobre el hombre en su vida personal, ya sean congénitas o adquiridas.

Posteriormente fueron fundamentalmente Kräepelin, Bleuler, Bumke y Kurt Schneider los que mencionaron estos trastornos en sus clasificaciones, las cuales tuvieron una trascendencia enorme en Europa. Kraepelin introdujo modificaciones importantes, definiendo una amplia variedad de trastornos (el criminal, el inestable, el mentiroso patológico y el pseudoquerulante) y no sólo las conductas antisociales. También separó y diferenció las personalidades psicopáticas como entidad morbosa, con manifestaciones clínicas características, un curso evolutivo y una etiología específica. Kurt Schneider introduce una idea básica para todo el desarrollo posterior de este grupo de trastornos: la existencia de un interjuego entre los factores constitucionales y los factores ambientales en la construcción de la personalidad normal y patológica, habla de personalidades lábiles, hipertímicos, inseguros de sí mismos, necesitados de estimación, fanáticos, asténicos, depresivos, lábiles de humor, explosivos, desalmados y abúlicos, los cuales han constituido la base de las clasificaciones actuales. Para este autor los trastornos de personalidad son una desviación de la norma y no son por tanto algo “morboso”. Jaspers, en su tratado de psicopatología general, aprecia ya que tras el conocido dilema de proceso-desarrollo se esbozan los posibles límites entre las enfermedades

mentales “sensu estricto” y los trastornos de personalidad, como variantes anormales del modo de ser psíquico.

Las tipologías de Freud, Abraham, Fenichel y Reich y las formulaciones de la relación de objeto de Kernberg han influido de forma importante en la psiquiatría americana (Widiger y Frances, 1988) y europea. Freud estableció los fundamentos del psicoanálisis, Abraham, completó los estadios del desarrollo libidinal. Reich, años más tarde, concibió la personalidad como la cristalización de un conjunto particular de mecanismos de defensa y definió una serie de tipos de personalidad que se agrupaban en los caracteres oral, anal y fálico. Adler y Jung, valoraron más los aspectos sociales del funcionamiento interpersonal. Otras aportaciones actuales proceden de las teorías de las relaciones objétales de Kernberg y la psicología del self de Kohut.

Otra perspectiva de las alteraciones de la personalidad proviene de los modelos cognitivos-conductuales. Pavlov tipificó tres tipos de respuesta a un estímulo determinado: grado de excitación o inhibición, equilibrio y movilidad-rapidez para pasar de un proceso a otro.

Hacia la mitad del siglo XX, algunos autores, entre ellos el español López-Ibor y el británico Cleckley, cuestionaron la naturaleza moral de los trastornos de personalidad, postulando que las alteraciones del carácter reflejan con frecuencia las alteraciones funcionales producidas en un estrato endógeno de carácter biológico, en el que se encuentran los instintos y los sentimientos vitales. Este cambio conceptual ayudó al cambio en la metodología médica y la investigación realizado en los últimos años (Díaz-Marsá y cols. 1997). En los

últimos años ha predominado las construcciones estadísticas y los modelos neurobiológicos o temperamentales. Las categorías diagnósticas entraron a formar parte de la nomenclatura psiquiátrica en el año 1969, con ocasión de la publicación de la Octava Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (OMS 1969) para hacer referencia a un cuadro clínico caracterizado por la existencia de una incapacidad para adecuarse a las exigencias del entorno, en ausencia de manifestaciones clínicas de otros trastornos mentales. No son tan dispares las modernas tipificaciones de los trastornos de la personalidad (DSM 5, CIE-10) y las descripciones psiquiátricas centroeuropeas, sobre todo alemanas. En unas y otras se tiene en cuenta criterios evolutivos, psicológicos, psicopatológicos y clínicos; todos ellos necesarios para el diagnóstico del trastorno de personalidad.

2.1.1. Definición de trastornos de personalidad

La definición de los trastornos de personalidad del DSM cubre los siguientes aspectos:

- Definición de personalidad a partir de los rasgos, entendidos como «pautas duraderas de percibir, pensar y relacionarse con el ambiente y con uno mismo y se hacen patentes en un amplio margen de importantes contextos personales y sociales».
- Para que los rasgos de personalidad «adquieran» el carácter de convertirse en trastornos de personalidad deben poseer ciertas características: «en el caso de que los rasgos de personalidad sean inflexibles y desadaptativos, causen incapacitación social significativa, disfuncionalismo ocupacional o malestar subjetivo» se habla de trastorno. Dicho con otras palabras: los criterios de

anormalidad propuestos lo son de forma disyuntiva (aunque no excluyente): sufrimiento personal, problemas laborales o problemas sociales.

El DSM propone que existe un trastorno de personalidad cuando los rasgos de personalidad son inflexibles y desadaptativos. Además, previene a los posibles usuarios del manual que la emisión de un diagnóstico de trastorno de personalidad sólo debe hacerse cuando esos rasgos sean típicos del funcionamiento del individuo a largo plazo y no se limiten a episodios concretos de alguna enfermedad.

2.1.2 Clasificación de los trastornos de personalidad

Los trastornos de personalidad se dividen en tres grandes conglomerados que engloban un total de once trastornos. No está muy claro en base a qué criterios se establecieron estos tres núcleos aunque la American Psychiatric Association dice haber propuesto los once trastornos en base al consenso. Tampoco se establece un criterio de ordenación según la gravedad de la incapacitación social, disfunción ocupacional y malestar subjetivo. Los tres núcleos, así como los trastornos, son los siguientes:

- a) Individuos raros y excéntricos: paranoide, esquizoide y esquizotípico.
- b) Personalidades erráticas, emocionales y teatrales: histriónico, antisocial, narcisista y límite.
- c) Individuos temerosos con marcada ansiedad: dependiente, obsesivo compulsivo, pasivo agresivo y trastorno por evitación.

Para aquellos casos en los que las características del individuo no se acomodan bien a ninguno de estos tres grupos, se propone un cuarto núcleo denominado mixto y atípico.

El DSM IV (1994) proponía que se realicen diagnósticos politéticos para los trastornos de personalidad, en el sentido de que el clínico no considere que hay síntomas necesarios para diagnosticar un trastorno, sino que pueda establecer el diagnóstico utilizando diferentes combinaciones del conjunto de síntomas que se incluyen como característicos de cada uno de los trastornos, siempre que el número de los presentados por el paciente sea, a excepción del trastorno de personalidad antisocial, la mitad más uno. De esta forma se establece el punto de corte a partir del cual se pasa de la normalidad a la anormalidad. Por ejemplo, en el caso del trastorno paranoide, de los 7 síntomas que lo describen han de estar presentes, al menos, 4 para que se pueda establecer tal diagnóstico. Este sistema de clasificación establece con claridad dónde acaba la normalidad y dónde empieza la patología. Sin embargo, es justamente esta forma de establecer el punto de corte en el continuo de normal patológico uno de los puntos que ha sido más criticado.

La presentación en mayo del 2013 del DSM 5 introdujo cambios significativos con respecto al manual anterior como la eliminación del sistema multiaxial. Los diagnósticos ya no se realizaban en axiales sino combinando los anteriores ejes I, II y III con anotaciones separadas para los factores psicosociales y contextuales (Eje IV) y discapacidad (Eje V). Los cambios principales con respecto a los trastornos de la personalidad señalan que:

- Los trastornos de la personalidad se dejan de incluir en un eje independiente y se integran al resto de los diagnósticos generales.
- Los trastornos de la personalidad se cambian a un modelo híbrido categórico-dimensional debido a que el modelo exclusivamente categórico daba lugar a una sobre posición diagnóstica.
- Se agrega una categoría de trastorno de personalidad con características de rasgo, es decir no cubre todos los criterios de diagnóstico pero tiene elementos o características principales.

La clasificación y el criterio categorial utilizados en el DSM-5 son los mismos que en el DSM-IV-TR. De este modo, se señalan tres clusters que agrupan los diez trastornos específicos de personalidad. Sin embargo, en la Sección III del DSM-5 se presenta adicionalmente un modelo alternativo para los trastornos de personalidad, que está basado en el daño causado por el funcionamiento de la personalidad y en los rasgos de personalidad patológicos.

Este enfoque agrupa un número de trastornos de personalidad más restrictivo (antisocial, evitativo, límite, narcisista, obsesivo-compulsivo y esquizotípico) que en el enfoque categorial, así como un trastorno de personalidad-rasgo, referido a la presencia de un trastorno de personalidad que no encaja en los criterios diagnósticos para los trastornos específicos y que sustituye al trastorno de la personalidad no especificado del DSM-IV-TR.

Esbec señala que en la propuesta de estos seis dominios contemplados en el DSM-5, los rasgos más implicados con las conductas violentas son la emocionalidad negativa (labilidad emocional y desconfianza), la introversión

(afectividad restringida), el antagonismo y la desinhibición; por el contrario, la esquizotipia y la compulsividad tienen mucha menor implicación en este tipo de conductas.

La CIE 10 diferencia los diagnósticos de: (1) trastornos específicos de personalidad, (2) trastornos mixtos y otros trastornos de la personalidad y (3) transformaciones persistentes de la personalidad. Todos ellos tienen en común el abarcar formas de comportamiento duraderas y muy arraigadas en el ser humano (igual que el DSM).

Una diferencia entre los trastornos específicos y las transformaciones persistentes de la personalidad es que los primeros tienden a presentarse en la infancia y adolescencia, persistiendo durante la edad adulta. Las transformaciones se producen en la vida adulta a consecuencia de catástrofes, traumatismos y exposiciones prolongadas a situaciones estresantes, o tras haber padecido alguna enfermedad psiquiátrica grave (que no haya tenido nada que ver con lesiones cerebrales).

Los tres grupos quedan configurados así:

1. Trastornos específicos: paranoide, esquizoide, esquizotípico, disocial, inestabilidad emocional de la personalidad, histriónico, narcisista, ansioso, dependiente, anancástico y “sin especificar”.
2. Trastornos mixtos. Trastornos mixtos de la personalidad y variaciones problemáticas de la personalidad.

3. Transformaciones persistentes de la personalidad. Trastorno subsecuente a experiencias traumáticas, trastorno subsecuente a enfermedades psiquiátricas, otras transformaciones y transformaciones de la personalidad sin especificar.

En la CIE 10 han de estar presentes en el paciente, al menos, tres de los síntomas para que haya patología (en la mayoría de los casos, siempre la mitad de los síntomas característicos).

Tampoco en la CIE 10 se aporta una gradación de la gravedad de los trastornos. Quien sí ha realizado tal gradación y sigue actualmente insistiendo en la organización de las anomalías de personalidad según diferentes niveles de gravedad es Millón cuya propuesta en parte ha sido recogida en el DSM 5.

2.1.2.1. Los trastornos de personalidad y la conducta violenta

Diversos estudios han señalado que los trastornos de la personalidad conllevan un riesgo clínico significativo para las conductas violentas.

Los estudios encaminados a establecer si las personas con trastornos de personalidad son más violentas que la población general, se han realizado en gran parte, en personas acusadas de haber cometido diversos delitos. Estas investigaciones, realizadas en centros penitenciarios, muestran una prevalencia de trastornos de personalidad elevada, pero los resultados de los diferentes estudios varían mucho según el tipo de muestra y, especialmente, en función de los instrumentos de evaluación.

Estas investigaciones han llevado a plantear una relación entre el presentar un trastorno “grave y peligroso” de la personalidad y la alta probabilidad de cometer un acto delictivo.

La importancia sobre el riesgo de violencia que se ha concedido a los trastornos de personalidad llevo al Gobierno Británico en 1983, por razones de política criminal, a introducir el concepto de “trastorno de la personalidad grave y peligroso” (DSPD), aplicado a los pacientes que reunían los siguientes criterios: a) tener una probabilidad alta de cometer un acto delictivo; b) existir una relación posible de causalidad entre el trastornos de personalidad y el riesgo de violencia; y c) estar afectado por un trastornos de personalidad grave, calificado como tal cuando el sujeto tiene una puntuación superior a 30 en la Escala de Psicopatía (PCL-R), una puntuación de entre 25 y 29 en la PCL-R junto al diagnóstico de un trastornos de personalidad del DSM. La introducción de este “diagnóstico político” ha sido muy criticada, por su carácter acientífico y por las implicaciones éticas que conllevan.

Respecto a la frecuencia de los trastornos de personalidad en la población penitenciaria, metaanálisis como el de Fazel y Danesh, que presentaban criterios exigentes de inclusión y abarcaron una muestra global de 10.797 varones y 3.049 mujeres, encontraron una tasa de prevalencia de los trastornos de personalidad en los varones del 65%, especialmente del trastorno antisocial (47%), y en las mujeres del 42%, especialmente del trastorno límite (25%) y del antisocial (21%) ¹⁶. A su vez, en población penitenciaria española Álvaro (2007), con el IPDE, encontró una tasa de prevalencia del 60%, con un predominio del trastorno antisocial (30%), vinculado al abuso de drogas y con el perfil penitenciario de mayor gravedad, del trastorno límite (17%), asociado al consumo de drogas y conductas autoagresivas pero sin un pronóstico de conductas violentas, y del trastorno no especificado (14%).

En lo que se refiere a muestras específicas, en el estudio de Dunsieith et al. (2004) en Estados Unidos con un grupo de 118 agresores sexuales, los trastornos de personalidad más prevalentes encontrados fueron el antisocial (55,8%), el límite (28,3%), el paranoide (25,7%) y el narcisista (24,8%). A su vez, Fernández-Montalvo y Echeburúa, en España, con una muestra de hombres condenados por violencia grave contra la pareja evaluados con el MCMI-II, encontraron como más prevalentes el trastorno obsesivo compulsivo (57,8%), el dependiente (34,2%), el paranoide (25%) y el antisocial (19,7%). Sin embargo, esta última categoría (trastorno antisocial) se redujo considerablemente en otro estudio de estos mismos autores hasta el 12%-15% cuando se utiliza una medida más fina referida a la psicopatía, como la PCL-R.

Otra línea de investigación recurre al análisis descriptivo y estadístico de sentencias judiciales. Así, por ejemplo, González-Guerrero se centra en las resoluciones de la jurisdicción penal en España, tanto de las Audiencias Provinciales como del Tribunal Supremo, efectuadas entre 1983 y 2007, y concluye que los trastornos de personalidad más prevalentes en varones delincuentes fueron el antisocial (39,14%), el límite (28,18%) y el paranoide (18,66%), mientras que en mujeres predominó el trastorno límite.

Este tipo de estudios pueden no ser representativos de las personas con conductas violentas al estar integradas por personas acusadas de haber cometido delitos o presos. Frecuentemente se produce una psiquiatrización del comportamiento criminal y los trastornos de personalidad pueden confundirse

con la simple acentuación de los rasgos de personalidad como consecuencia del procedimiento penal o del hecho de estar internado en una prisión. Además, en estas poblaciones acontecen procesos de simulación-exageración que distorsionan los resultados. Desde una perspectiva metodológica, los estudios transversales, y especialmente los efectuados con test u otros autoinformes, impiden abordar de forma fiable dos aspectos fundamentales para efectuar un diagnóstico de trastornos de personalidad: su inicio precoz, su presencia a lo largo del tiempo y la presencia de los rasgos desadaptativos en diversos contextos.

Por ello, algunos estudios longitudinales ofrecen resultados más moderados. Así, según el estudio de Coid et al., que efectúan un análisis retrospectivo de cinco años en una población general del Reino Unido mediante una encuesta efectuada a más de 8.000 personas, un 11% de personas con trastornos de personalidad informaron de conductas violentas respecto al 7% de la población sin trastorno. Sin embargo, la cifra ascendía al 52% si se asociaba abuso de alcohol u otras drogas. A su vez, según el importante estudio MacArthur para la valoración del riesgo de violencia, la prevalencia de conductas violentas un año después del alta era mayor en el grupo con trastornos de personalidad y abuso/dependencia de drogas (43%) que en el grupo con trastorno mental severo (esquizofrenia, trastorno bipolar, etc.) y abuso/dependencia de drogas (31,1%%) o en el grupo con solo trastorno mental severo (17,9%).

2.1.2.2. Modelo de categorización del DSM y CIE

En cualquier caso, con el modelo actual de categorización del DSM y de la CIE se sobre diagnostican los trastornos de personalidad en este tipo de poblaciones. Las actuales categorías diagnósticas de los trastornos de personalidad presentan ítems que se solapan entre sí. De este modo, la valoración politética permite efectuar un diagnóstico cumpliendo solo algunos de los criterios, por lo que es frecuente encontrar dos, tres y hasta cuatro diagnósticos de trastornos de personalidad en el mismo sujeto, por lo que los datos se encuentran sobreestimados.

Se requiere por ello efectuar estudios más rigurosos para conocer verdaderamente la influencia de los trastornos de personalidad en la conducta violenta y en la peligrosidad real de estos sujetos.

El estudio de metaanálisis realizado por Esbec y Echeburúa sobre el tema concluyen que aunque el diagnóstico de trastornos de personalidad constituyen un factor de riesgo de reincidencia en todos los protocolos de valoración del riesgo, se debe ser consciente de las siguientes realidades: 1) la mayoría de las personas con trastornos de personalidad no son violentas ni lo han sido nunca; 2) muchas personalidades anormales son más bien víctimas propiciatorias que delincuentes; 3) ningún trastornos de personalidad está asociado necesariamente a conductas violentas de forma permanente; y 4) desde un planteamiento dinámico y motivacional, un trastornos de personalidad no explica por sí solo la conducta violenta.

Con respecto al estudio de los tipos de personalidad y su relación con la conducta violenta se ha señalado que **los trastornos de personalidad del grupo A del DSM suelen ser menos violentos** que los del grupo B aunque su extravagancia y aislamiento social se han relacionado con formas de violencia más grave cuando esta conducta se ha presentado.

El trastorno paranoide, caracterizado por suspicacia y desconfianza, hipersensibilidad al desprecio, sentimientos de rencor y tendencia a responder con ira. Suelen cometer la conducta violenta en solitario, urdiendo un plan premeditado, y sin arrepentimiento ni necesidad de huir. Tienden a pelear tras mínimas provocaciones. Cometen agresiones debido a interpretaciones distorsionadas y reacciones exageradas ante situaciones cotidianas, especialmente cuando la víctima emprende una acción física o verbal que interpreta como un ataque personal. El trastorno esquizoide no suele ser violento, aunque cuando se asocia a conducta violenta puede ser extrema. El aislamiento y la ausencia de habilidades sociales pueden generar rechazo y precipitar el acto violento. El trastorno esquizotípico puede llevar a conductas violentas no planificadas por lo general, en solitario, y de forma impulsiva, sin un móvil claro.

Los trastornos de personalidad del grupo B son los más relacionados con conducta delictiva y violenta, también se los vincula más frecuentemente a abuso de alcohol o drogas, hábitos considerados disparadores de la violencia. El trastorno antisocial de la personalidad es el trastorno de personalidad más relacionado con la delincuencia violenta en ambos sexos. Estos sujetos,

cuentan con una baja empatía e intolerancia a la frustración. No acatan las normas y necesitan imperiosamente experiencias novedosas, mostrándose susceptibles al aburrimiento. Sienten fascinación por la violencia. Los sujetos con trastorno antisocial suelen consumir alcohol o drogas desde edades tempranas, pueden intimidar o acosar a otros, iniciar peleas físicas, han sido crueles con animales o personas, robado a alguna víctima, frecuentemente mienten para conseguir favores o evitar obligaciones. No suelen adaptarse al medio escolar o han huido del hogar. Los menores con rasgos disociales suelen tener familias problemáticas, desestructuradas, o de ambientes marginales. Los malos tratos o negligencia emocional en el entorno familiar promueven un estilo educativo inadecuado (punitivo, permisivo o errático).

Las personalidades antisociales pueden desarrollarse en ambientes con carencias económicas, falta de cohesión familiar, fracaso escolar, nivel intelectual bajo y la búsqueda de gratificaciones inmediatas. En las psicopatías, se han descrito alteraciones neurobiológicas que podrían predisponer al sujeto hacia comportamiento antisocial y violento. Entre otras disfunciones, se han descrito reducciones del volumen del lóbulo frontal o alteraciones en la amígdala. Sin embargo, ni todos los delincuentes y violentos son psicópatas ni todos los psicópatas son violentos, y estas hipótesis solo explican una parte de los casos. Hay que tener en cuenta al analizar violencia y trastornos mentales otras variables como el tipo de agresión. Los psicópatas están mayormente implicados en actos de violencia instrumental, en busca de un objetivo o beneficio concreto. Presentan un déficit de resonancia emocional, careciendo de afectos y sentimientos. Aunque saben diferenciar el bien del mal, no lo

sienten. Saben lo que hacen, sin experimentar sentimientos de culpa. Son peligrosos por la indiferencia ante las normas, la frialdad afectiva y la incapacidad para aprender. Los delitos más frecuentes en los que se implican son los delitos de lesiones contra la integridad sexual y contra la propiedad, los que tienden a provocar alarma social.

El trastorno límite de la personalidad cada vez se diagnostica con mayor frecuencia en muestras forenses con delitos violentos. Actualmente ocupan en los estudios un lugar importante luego del trastorno disocial y el primer lugar en mujeres. Presentan tanto autoagresividad como heteroagresividad. Lo que les lleva a desarrollar conductas violentas es la impulsividad, la crisis emocional o el consumo de drogas. La emoción que la dirige es la ira, y su motivación principal suele ser el alivio de la tensión.

El trastorno narcisista de la personalidad junto a los rasgos paranoides incrementa el riesgo de conductas violentas. Presentan una necesidad intensa de admiración, son arrogantes y exquisitamente sensibles hacia cualquier tipo de rechazo o desprecio, aunque son incapaces de reconocer los sentimientos ajenos. Aspectos del narcisismo como el autoritarismo y la explotación de otros están fuertemente relacionados con la agresión. Suelen agredir a personas conocidas. Como rasgo, el narcisismo es el más frecuente en sujetos violentos en general, en especial en antisociales y psicópatas, los cuales anteponen sus deseos a las necesidades y deseos de los demás.

Los trastornos de personalidad del grupo C son los menos violentos. Sin embargo, tras una apariencia de aceptación y docilidad puede esconderse cólera o furia ante el temor al abandono o rechazo. Se ha descrito actos de violencia contra la pareja y agresiones sexuales. El trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad es poco frecuente que se relacione con actos de violencia, aunque puede aparecer si se descontrola la ira acumulada, normalmente combinado con el consumo abusivo de alcohol. Según el estudio de Fernández-Montalvo y Echeburúa, se encuentra con frecuencia en varones que han cometido actos graves de violencia contra la pareja.

El trastorno dependiente de la personalidad cursa con sumisión, necesidad constante de aprobación y afecto. Pueden sentir angustia intensa ante el abandono real o imaginario, lo que puede llevarle a cometer actos violentos auto o heteroagresivos. Los celos o la inseguridad los pueden promover.

En los trastornos no especificados de personalidad, el trastorno sádico de la personalidad añade un factor de peligrosidad a la violencia. Igualmente ocurre en los casos que la psicopatía se asocia a la parafilia. El agresor logra la excitación sexual a través del sufrimiento de la víctima. Los psicópatas sádicos presentan rasgos antisociales, impulsividad, aislamiento social, fantasías sexuales violentas repetitivas, atracción por la literatura violenta y pornográfica, consumo de drogas.

Se ha descrito que los rasgos narcisistas y paranoides son los rasgos de personalidad presentes con más frecuencia en sujetos violentos en general, en

especial cuando se asocian con los rasgos antisociales, los que, por su naturaleza, anteponen sus deseos a las necesidades e intereses de los demás. Asimismo se ha descrito a la impulsividad y la falta de control emocional como las conductas más implicadas en el comportamiento violento.

El común denominador en la expresión de la conducta violenta asociado a los trastornos de personalidad, salvo excepciones como la psicopatía, es la presencia de sentimientos de ira. Se trata de una emoción que se expresa con rabia, resentimiento o irritabilidad. Los efectos físicos de la ira incluyen un aumento del ritmo cardiaco y de la presión sanguínea, así como de los niveles de adrenalina y noradrenalina. Se puede considerar la ira como parte de la respuesta neurofisiológica ante una amenaza o daño percibido.

La ira, como una expresión emocional y conductual violenta que busca causar daño a otra persona, puede activarse por diversas circunstancias según los trastornos de personalidad: por la sospecha, los celos patológicos o deseos de venganza (trastorno paranoide), por aversión al contacto con otras personas (trastorno esquizoide), por intolerancia a la frustración y al enfado intenso al recibir un trato diferente al esperado (trastorno narcisista), por la necesidad de liberar la tensión interna utilizando la escisión como mecanismo de defensa o por miedo a la pérdida (trastorno límite), por sentimiento de marginación o de rechazo (trastorno evitativo), por el sentimiento de tedio, la necesidad de tener poder, y la ausencia de empatía (trastorno antisocial), por la necesidad imperiosa del llamar la atención o integrarse en un grupo (trastorno histriónico,

y dependiente, respectivamente), por alteraciones cognitivas y experiencias extrañas (trastorno esquizotípico).

2.1.3. Los Trastornos Mentales y la conducta violenta

La relación entre los trastornos mentales y la violencia tiene un efecto importante sobre las políticas de salud mental, la práctica clínica y la opinión pública sobre la peligrosidad que presentan las personas con estos trastornos. Esta relación ha sido un tema de debate a lo largo de la historia de la psiquiatría y la psicología. Se ha considerado que el temor a las conductas violentas que pueden presentar los pacientes psicóticos constituye un estigma social asociado a la enfermedad mental.

La cuestión acerca de si estos trastornos mentales predisponen a los pacientes psicóticos a cometer más actos violentos que los esperados en la población general ha sido muy controvertido y se ha estudiado desde distintos puntos de vista. Aunque muchos pacientes con trastornos psicóticos como esquizofrenia no son violentos y la mayor parte de la violencia en la comunidad no es atribuible a ellos, sin embargo se ha descrito que la presencia de trastornos psicóticos se asocia con un riesgo incrementado de violencia dentro de la comunidad.

Entre los estudios que se han realizado sobre este tema, algunos indican que efectivamente la enfermedad mental, y concretamente la esquizofrenia, puede ser un factor de riesgo para la presencia de una conducta violenta.

Un riesgo incrementado de violencia entre pacientes con esquizofrenia ha sido repetidamente señalados en:

- Estudios de antecedentes criminales en pacientes.
- Estudios de gemelos.
- En una amplia muestra de personas que cometieron homicidio.

Otros investigadores niegan que esta asociación entre enfermedad mental y violencia exista y no encuentran diferencias significativas en la frecuencia de actos criminales entre población general y pacientes con trastornos psicóticos⁸. En un amplio estudio realizado sobre 644 pacientes esquizofrénicos dados de alta en hospitales de Estocolmo en 1971, en seguimiento durante el periodo 1972-1986, se encontró que los enfermos esquizofrénicos no cometieron, en general, más delitos que los esperados en la población general.

Sin embargo se evidenció que los delitos violentos menores (agresión, amenazas o agresión contra la autoridad) eran cuatro veces más frecuentes en la población esquizofrénica que en población normal⁹. Otros estudios coinciden en la opinión de que las personas con enfermedad mental no son más violentas que la población general cuando se tienen en cuenta factores extrínsecos como las variables demográficas.

En general existe una mayor coincidencia en la literatura científica en cuanto a que este tipo de pacientes puede cometer más actos de violencia si lo comparamos con la población general. El hecho de que en los trastornos psicóticos exista un riesgo incrementado para que aparezca la conducta

violenta, ha sugerido a algunos investigadores, que los síntomas psicóticos pueden ser un factor importante en la comisión de los actos violentos. También se ha podido observar que la asociación con el abuso de drogas o de alcohol incrementa de manera notable el riesgo de la conducta violenta. Otro tanto ocurre con la coexistencia de psicopatía (rasgos disociales) y esquizofrenia.

La predicción de la conducta violenta en pacientes psicóticos se ha centrado en la identificación clínica de variables relacionadas con la presencia de violencia como: el contexto social, condiciones de tratamiento y factores psicopatológicos.

Los factores psicopatológicos comprenden los aspectos como depresión, ansiedad, hostilidad, entre otras, y sintomatología específica, como trastornos del pensamiento, delirios y alucinaciones.

Los factores asociados con violencia en la enfermedad mental son el primer escalón que debemos considerar a la hora de un tratamiento terapéutico eficaz para prevenir este tipo de conducta.

En el caso de la esquizofrenia se han descrito ciertos síntomas asociados con la posibilidad de violencia, como los delirios de persecución. El abuso de sustancias puede aumentar las probabilidades de que el paciente con esquizofrenia se vuelva violento. Cuando una persona con esquizofrenia se vuelve violenta, la violencia generalmente va dirigida hacia miembros de la familia y tiende a ocurrir en el hogar.

En estos casos los crímenes por parricidio se pueden dar en forma abrupta e inesperada. Se han descrito estos homicidios en casi todos los países y cuando se producen se pueden dar con una violencia desproporcionada.

Aunque es pequeño el riesgo de violencia entre las personas que padecen esquizofrenia, el intento de suicidio es mucho más frecuente que en la población general. Alrededor de un 10 por ciento mueren por suicidio (en especial los adultos jóvenes masculinos). Es difícil predecir qué personas con esquizofrenia son propensas al suicidio. Por esta razón, se debe tener una especial atención cuando presentan síntomas depresivos con ideación suicida. En una revisión sobre Esquizofrenia y conducta violenta realizada por Fernández Aurrecochea del Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad Complutense de Madrid en el 2007 concluyo que:

- La mayor parte de los estudios coinciden en que una asociación entre la conducta violenta y el diagnóstico de esquizofrenia es superior a la de la población general; en muchos artículos se estima que se multiplica por 3 o 4.
- Sin embargo, la violencia en la esquizofrenia se relaciona principalmente con coexistencia de personalidad psicopática, abuso de drogas, abuso y dependencia del alcohol, número de hospitalizaciones anteriores, gravedad de la psicopatología, falta de conciencia de enfermedad y mal cumplimiento terapéutico.
- Todos estos factores pueden reducirse de manera muy considerable mediante la puesta en marcha de programas específicos para el tratamiento de

los pacientes esquizofrénicos que incrementa la conciencia de enfermedad, controle los síntomas, prevenga la aparición de recaídas y transmita al paciente la necesidad un correcto cumplimiento de la medicación. En suma, un tratamiento adecuado es el mejor elemento de prevención para la conducta violenta en la esquizofrenia.

En pacientes con trastorno bipolar se ha descrito el mayor riesgo de suicidio asociado a este trastorno, sin embargo su relación con la violencia interpersonal y los delitos violentos es menos clara. Así mismo se ha señalado que durante los episodios maníacos o mixtos, y más aún si existen síntomas psicóticos asociados, el paciente puede estar muy exaltado y desinhibido, lo que lo puede llevar a cometer conductas agresivas que no son propias del mismo cuando se encuentra eutímico. Por otro lado, también se ha descrito que el abuso de alcohol u otras drogas en estos pacientes, eleva el riesgo de agresividad y violencia.

Durante los años 2009 y 2010 se publicaron dos estudios que evaluaron la relación entre el trastorno bipolar y situaciones de violencia, además de su asociación con otros factores, tales como antecedentes familiares, abuso de sustancias, etc.

El primero, un estudio norteamericano realizado por Elbogen y Johnson, analizó distintas enfermedades mentales, como el trastorno bipolar, esquizofrenia y depresión mayor y su asociación con conducta violenta. El estudio concluyó que tener una enfermedad mental severa, incluido el trastorno

bipolar, no predice la presencia de conductas violentas a futuro. En aquellos pacientes que se presentaron conductas violentas con más frecuencia, esto se debió en gran parte a que presentaban otros factores asociados con la violencia, tales como historia de violencia familiar, historia delictiva de los padres, educación inferior a secundaria, etc. Esta conclusión debilita la relación entre el trastorno bipolar por sí mismo y la conducta violenta.

El segundo estudio fue una investigación dirigida por la psiquiatra forense Seena Fazel y llevada a cabo por el Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Oxford, que estudio la relación entre el trastorno bipolar y los delitos violentos (homicidio, asalto, robo, cualquier ofensa sexual o intimidación). En el estudio se evaluó a 3.700 personas en Suecia que habían sido diagnosticadas de trastorno bipolar, desde el 1 de enero de 1973 al 31 de diciembre de 2004, mayores de 15 años, y se comparó su comportamiento con el de sus hermanos y el de casi 40.000 personas "sanas". El estudio concluyó que las tasas de criminalidad entre las personas mentalmente enfermas que abusaban de drogas no eran diferentes a las de la población general con los mismos hábitos. En ambos grupos, el índice de delitos violentos era entre seis y siete veces mayor que la media de la población general en personas que consumían dichas sustancias. Concluyendo que si se elimina el factor del alcohol y las drogas, la enfermedad por sí sola tiene una influencia "mínima" o nula en la violencia. Sin embargo, el estudio destacó que las personas que padecen trastornos bipolares tienen diez veces más probabilidades de abusar de las drogas y alcohol que el resto de la población, ya que tienden a utilizar

esas sustancias para contrarrestar los efectos de la medicación o para aliviar los síntomas de su dolencia.

De otro lado la asociación entre la paranoia o trastorno de ideas delirantes con la violencia es más incierta por la menor frecuencia con que se presentan estos trastornos y la falta de investigaciones al respecto. Sin embargo la asociación de paranoia celotípica ha sido especialmente destacada y su relación con los homicidios contra la pareja (feminicidio) se ha considerado especialmente importante.

En una reciente investigación publicada en el año 2013 el Dr. Jeremy Coid en Inglaterra sobre la relación entre trastornos psicóticos y violencia, que incluyó a 458 pacientes que presentaron un primer episodio de psicosis. Los pacientes fueron diagnosticados de algún tipo de psicosis a través de un centro de servicio de salud mental o por medio del sistema de justicia criminal de Inglaterra.

Más de la mitad de los participantes fueron diagnosticados con esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo, los mismos se caracterizan por delirios y aislamiento social, y comorbilidad con trastornos del estado de ánimo como la depresión o el trastorno bipolar. Se encontró que el 14% sufría de depresión psicótica, un 10% presentaba trastorno bipolar en episodio maníaco que incluía delirios psicóticos. El resto de los participantes fueron diagnosticados con una variedad de condiciones psicóticas menos comunes.

Cerca de dos tercios de los participantes no estuvieron involucrados en actos de violencia en el año anterior al primer episodio psicótico. Sin embargo, el 26% había cometido lo que los autores definieron como actos de violencia menor, incluyendo agresiones en las que no se produjeron lesiones, ni involucraron armas. El otro 12% había participado en actos seriamente violentos, uso de armas letales, ataques sexuales o asaltos violentos.

Los investigadores entrevistaron a los participantes sobre el contenido de sus delirios y sus experiencias emocionales.

Se encontró que la ira relacionada con los delirios estaba fuertemente vinculada con la intención de causar daño a otras personas. Luego de realizar los ajustes para otros factores, el 30.8% de la violencia menor pudo atribuirse a la ira vinculada con los delirios. En el caso de los pacientes violentos, la ira ocasiono el 55.9% de los incidentes. Los factores como ansiedad y miedo no se asociaron con los ataques de violencia. Aquellos que eran violentos también tendían a ser más jóvenes y presentaban más del doble de probabilidades de consumir drogas. Era mucho más probable que los participantes varones fueran más violentos, pero no se encontró diferencias según el género para la violencia menor.

Un reducido número de delirios no convencionales demostraron una relación directa con la violencia menor. Sin embargo, se encontró que tres delirios altamente prevalentes demostraron una relación directa con los actos seriamente violentos que provocaban la ira:

1. Delusiones centradas en la idea de que la persona era espiada o que estaba bajo vigilancia por algún tipo de autoridad, grupo o persona amenazante.
2. Delusiones sobre en la creencia errónea de que las personas tenían intenciones hostiles hacia el sujeto.
3. Delusiones de algún tipo de conspiración contra el paciente.

Toda ira generada por sentirse amenazados en estas situaciones podría hacer que los pacientes atacaran.

Los investigadores concluyeron que la ira causada por los delirios parecería constituir la principal causa hacia la violencia grave.

2.2. FORMULACIÓN DE LAS HIPÓTESIS

Hipótesis general:

Existe una prevalencia de la *personalidad disocial* y del *trastorno mental esquizofrénico* en los parricidas en el momento de cometer el delito.

Hipótesis específicas:

H1: El género prevalente de los parricidas es el masculino y la edad del parricida oscila mayormente entre 20 a 29 años.

H2. El tipo de vínculo prevalente entre el parricida y la víctima es el de esposo o conviviente de la víctima (feminicidio).

H3. Existe premeditación del acto parricida.

H4. La causa o circunstancia que favorece el que se cometa el delito es una intensa alteración emocional del parricida.

H5. El tipo de arma o instrumento prevalente empleado para cometer el parricidio son los objetos contusos.

CAPITULO III

METODOLOGÍA

3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

La tesis se inscribe dentro de la investigación básica, porque el objetivo general de la investigación es describir el tipo de personalidad y trastorno mental que presentaban los acusados al momento de cometer el parricidio.

Los estudios básicos según Carrasco (2009), señala:

“Es la que no tiene propósitos aplicativos inmediatos, pues solo busca ampliar y profundizar el caudal de conocimientos científicos existentes acerca de la realidad. Su objetivo de estudio lo constituyen las teorías científicas. Las mismas que las analiza para perfeccionar sus contenidos” (p.43).

Nivel de la Investigación

Por la naturaleza de los objetivos planteados, el nivel de investigación es descriptivo, porque permitirá describir cómo es y cómo se manifiestan determinados fenómenos, situaciones, contextos y sucesos; esto es, detallar como son y se manifiestan. “Con el estudio descriptivo se busca especificar las

comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis” (Hernández, 2014, p.92).

3.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El diseño de la investigación es descriptivo, porque tal como lo plantea Hernández pretende medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o variables a las que se refieren y evaluar los aspectos, dimensiones y componentes del mismo (Hernández, 2014).

El estudio es de corte transversal, porque, recolecta datos en un solo momento, en un tiempo único, su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado (Liu, 2008 y Tucker, 2004, citado por Hernández et. al., 2014).

A su vez, es retrospectivo, ya que se describe las historias clínicas psiquiátricas y psicológicas de los acusados por parricidio que fueron evaluados en la División Clínico Forense en el periodo comprendido entre el 01 de enero al 31 de diciembre del año 2009.

El diseño descriptivo presenta el siguiente esquema: O1 x1

Dónde: O1 indica la observación que realiza el investigador.

X1 es la información relevante o de interés recogida de la muestra.

3.3 ESTRATEGIA DE PRUEBA DE HIPÓTESIS

El presente estudio se constituyó en una investigación de tipo hipotético-inductivo porque partió del análisis de cada caso del historial clínico en particular para llegar a la contrastación de teorías o leyes.

Las hipótesis que se plantearon desde la investigación descriptiva tienen como finalidad establecer explicaciones tentativas del fenómeno, las cuales se determinaron a través de un sistema de preguntas que guían la acción del investigador y a las que se dio respuesta durante el proceso investigativo. Se establecieron dos matrices de recolección de datos, las cuales permitieron realizar el análisis de datos y procesamiento estadístico, así como contrastar o verificar la hipótesis o sistemas de preguntas planteadas en la presente investigación (Hernández, 2014).

3.4 VARIABLES

3.4.1 VARIABLE DE INVESTIGACIÓN: PERSONALIDAD

Definición conceptual

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1992) ha definido a la personalidad como el peculiar estilo de vida que, en forma persistente y duradera, presenta el individuo de una cultura para relacionarse consigo mismo y, especialmente, con los demás; son modelos desviados y habituales de respuesta a numerosas situaciones individuales y sociales que pueden o no ocasionar tensión subjetiva e inadaptación social. La personalidad es el peculiar estilo de vida que, en forma persistente y duradera, presenta el individuo de una cultura para relacionarse consigo mismo y, especialmente, con los demás; son modelos

desviados y habituales de respuesta a numerosas situaciones individuales y sociales que pueden o no ocasionar tensión subjetiva e inadaptación social.

La Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS (CIE-10) ha hecho una distinción entre personalidad normal, acentuación de los rasgos de personalidad y el trastorno de personalidad en función a la gradualidad e intensidad de la presencia de los rasgos de la personalidad y el nivel en el que comprometen diferentes áreas en funcionamiento social, familiar, de pareja, educativo y laboral en la persona.

Los trastornos específicos de la personalidad se caracterizan por aparecer en la infancia o la adolescencia (antes de los 16 ó 17 años), por persistir en la madurez y por no ser consecuencia de otros trastornos mentales o cerebrales.

Definición operacional:

La personalidad se define como la particular forma de ser de cada persona, su estructura se encuentra constituida por diferentes rasgos. Los rasgos de la personalidad a su vez han sido definidos como formas específicas de comportamiento que se mantienen en la conducta en diferentes situaciones y en forma consistente a lo largo del tiempo, en base a ello el diagnóstico de un tipo de personalidad debe concluir en una de tres posibilidades:

a) Personalidad normal: cuando los rasgos de personalidad se muestran adecuados a las circunstancias y el entorno social en el que se desenvuelve la persona.

b) Acentuación de los rasgos de la personalidad: cuando determinados rasgos se presentan con persistencia en diferentes situaciones o contextos pero sin llegar a ocasionar un nivel de disfunción en la conducta o desempeño de la persona.

c) Trastorno de personalidad: cuando uno o más rasgos de la personalidad se tornan en rígidos, persistentes e inadecuados ocasionando una disfunción social en el comportamiento de la persona. El diagnóstico de trastorno de personalidad es definido por la Organización Mundial de la Salud en la Clasificación Internacional de Enfermedades en su Décima Revisión CIE-10 en función a los siguientes criterios:

1. Actitudes y comportamientos que afectan aspectos de la personalidad como la afectividad, excitabilidad, control de impulsos, formas de percibir, pensar y relacionarse con los demás.
2. El comportamiento anormal es duradero.
3. El comportamiento anormal es claramente desadaptativa para situaciones individuales y sociales.
4. Las manifestaciones aparecen en la infancia o adolescencia y persisten en la madurez.
5. El trastorno puede conllevar malestar personal.

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE PERSONALIDAD

| DEFINICIÓN CONCEPTUAL | DEFINICIÓN OPERACIONAL | DIMENSIONES | VALOR FINAL DE LA VARIABLE |
|---|-----------------------------------|---|----------------------------|
| La personalidad es el peculiar estilo de vida | La personalidad se define como la | Personalidad esquizoide: Apartarse de los contactos afectivos y sociales, | |

Tesis publicada con autorización del autor
No olvide citar esta tesis

UNFV

| | | | |
|---|--|--|------------------------------------|
| <p>que, en forma persistente y duradera, presenta el individuo de una cultura para relacionarse consigo mismo y, especialmente, con los demás; son modelos desviados y habituales de respuesta a numerosas situaciones individuales y sociales que pueden o no ocasionar tensión subjetiva e inadaptación social.</p> | <p>particular forma de ser de cada persona, su estructura se encuentra constituida por diferentes rasgos. Los rasgos de la personalidad a su vez han sido definidos como formas específicas de comportamiento que se mantienen en la conducta en diferentes situaciones y en forma consistente a lo largo del tiempo, en base a ello el diagnóstico de un tipo de personalidad debe concluir en una de tres posibilidades:</p> <p>a) Personalidad normal: cuando los rasgos de personalidad se muestran adecuados a las circunstancias y el entorno social en el que se desenvuelve la persona.</p> <p>b) Acentuación de los rasgos de la personalidad: cuando determinados rasgos se presentan con persistencia en diferentes situaciones o contextos pero sin llegar a ocasionar un nivel de disfunción en la conducta o desempeño de la persona.</p> <p>c) Trastorno de personalidad:</p> | <p>actividades solitarias y la introspección. Incapacidad para expresar sentimientos y para experimentar placer.</p> <p>Personalidad disocial: Descuido de obligaciones sociales e insensibilidad por los sentimientos de los demás. La conducta no se modifica por la experiencia ni por el castigo. Baja tolerancia a la frustración. Agresividad y violencia.</p> <p>Personalidad inestabilidad emocional: Tendencia a actuar impulsivamente y sin considerar consecuencias. Humor impredecible. Arrebatos emocionales, incapacidad para controlar las explosiones conductuales. Tendencia a generar conflictos con los demás, impulsividad.</p> <p>Personalidad histriónica: afecto superficial y lábil, dramatización, teatralidad, expresión exagerada de emociones, sugestionabilidad, egocentrismo, demanda continua de aprecio y atención.</p> <p>Personalidad anancástico: sentimientos de duda, meticulosidad, verificación y preocupación por los detalles, terquedad, precaución y rigidez excesivos. Puede haber pensamientos o impulsos insistentes y rechazados.</p> <p>Personalidad ansioso (evitativo): sentimientos de tensión y aprehensión, inseguridad, hipersensibilidad al rechazo o la crítica, tendencia a evitar actividades, por exageración habitual de los peligros y de los riesgos</p> <p>Personalidad dependiente: dependencia pasiva de otras personas para tomar decisiones en la vida. Temor al abandono, Tendencia a transferir la responsabilidad a los demás.</p> <p>Otros trastornos específicos de la</p> | <p>Presenta</p> <p>No presenta</p> |
|---|--|--|------------------------------------|

| | | | |
|--|---|---|----------------|
| | cuando uno o más rasgos de la personalidad se tornan en rígidos, persistentes e inadecuados ocasionado una disfunción social en el comportamiento de la persona | personalidad: excéntrica, inmadura, narcisista, pasivo-agresiva | |
| TÉCNICAS E INSTRUMENTOS | PROCEDIMIENTOS | ESCALA DE MEDICIÓN | FORMA DE MEDIR |
| Matriz de Identificación de Personalidad en acusados de parricidio | Recopilación indirecta de datos de las evaluaciones psiquiátricas de los acusados | Nominal | Indirecta |

3.4.2 VARIABLE DE INVESTIGACIÓN: TRASTORNO MENTAL

Definición conceptual

La Organización Mundial de la Salud (OMS) describe el Trastorno Mental como el comportamiento o el grupo de síntomas identificables en la práctica clínica que presenta una persona y se acompañan de malestar o interfieren en su actividad normal.

Si bien se considera que no existe una definición que especifique adecuadamente los límites del concepto "trastorno mental", el término, al igual que otros muchos términos en la medicina y en la ciencia, carece de una definición consistente que englobe todas las posibilidades.

En la presente Investigación se empleó el concepto de Trastornos Mental definido por la Organización Mundial de la Salud en la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima revisión (CIE 10) en la que "el

término "trastorno" se usa a lo largo de la clasificación para evitar los

Tesis publicada con autorización del autor
No olvide citar esta tesis

problemas que plantea el utilizar otros conceptos tales como "enfermedad" o "padecimiento". Aunque "trastorno" no es un término preciso, se usa para señalar la presencia de un comportamiento o de un grupo de síntomas identificables en la práctica clínica, que en la mayoría de los casos se acompañan de malestar o interfieren en la actividad del individuo”.

Los trastornos mentales definidos en la CIE-10 no incluyen disfunciones o conflictos sociales por sí mismos en ausencia de trastornos individuales.

Se consideran trastornos mentales a los problemas psíquicos y la tensión emocional, las disfunciones asociadas con los síntomas de angustia y los trastornos psíquicos diagnosticables, como la esquizofrenia y la depresión.

La salud mental está condicionada por múltiples factores entre ellos los de carácter biológico (por ejemplo, factores genéticos o en función del sexo), individual (experiencias personales), familiar y social (el hecho de contar con apoyo social) o económico y medioambiental (la categoría social y las condiciones de vida), las que alterarse producen el trastorno mental.

Definición operacional

Se define como trastorno mental al comportamiento anormal de la persona que por sus características clínicas principales y secundarias se encuentra clasificado en la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima revisión (CIE 10). La CIE 10 señala el número y los síntomas específicos que debe presentar la persona para realizar el diagnóstico fiable.

En algunas ocasiones, para evitar repeticiones innecesarias, se proporciona la descripción clínica y pautas para el diagnóstico de ciertos grupos de trastornos, además de aquellas específicas de cada trastorno aislado dentro del grupo.

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE TRASTORNO MENTAL

| DEFINICIÓN CONCEPTUAL | DEFINICIÓN OPERACIONAL | INDICADORES | VALOR FINAL DE LA VARIABLE |
|---|---|--|------------------------------------|
| <p>Trastorno Mental es el comportamiento o el grupo de síntomas identificables en la práctica clínica que presenta una persona y se acompañan de malestar o interfieren en su actividad normal.</p> | <p>Se define como trastorno mental al comportamiento anormal de la persona que por sus características clínicas principales y secundarias se encuentra clasificado en la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima revisión (CIE 10). La CIE 10 señala el número y los síntomas específicos que debe presentar la persona para realizar el diagnóstico fiable.</p> | <p>Los criterios diagnósticos señalados en la CIE 10 para diagnosticar:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Trastornos mentales orgánicos. 2. Trastornos mentales y de comportamiento debidos al consumo de psicotrópicos. 3. Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes. 4. Trastornos del humor (afectivos). 5. Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el stress y trastornos somatomorfos. 6. Síndromes del comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos. 7. Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos 8. Retraso mental. 9. Trastornos del desarrollo psicológico. 10. Trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez o en la adolescencia. 11. Trastornos mentales sin especificar. | <p>Presenta</p> <p>No presenta</p> |
| TÉCNICAS E INSTRUMENTOS | PROCEDIMIENTOS | ESCALA DE MEDICIÓN | FORMA DE MEDIR |

| | | | |
|--|---|---------|-----------|
| Matriz de Identificación de Trastorno Mental en los acusados de parricidio | Recopilación indirecta de datos de las evaluaciones psiquiátricas de los acusados de parricidio | Nominal | Indirecta |
|--|---|---------|-----------|

3.5 POBLACION

La población de estudio estuvo conformada por todos los casos de parricidio atendidos en la División Clínico Forense de Lima del Instituto de Medicina Legal del Ministerio Publico comprendidos en el periodo entre el 1 de Enero del año 2009 al 31 de Diciembre del año 2009, los mismos que fueron en total 19.

El muestreo es censal, es decir, estuvo conformada por 19 acusados de parricidio que constituyeron la totalidad de la población.

3.6 MUESTRA

La presente investigación se realizó sobre el total de los 19 sujetos acusados de parricidio, la selección de la muestra se realizó de esta forma para darle mayor significatividad a la investigación.

Por ello el muestreo fue del tipo no probabilístico de interés o por conveniencia (Hernández Sampieri, 2014), ya que fueron incluidos todos los sujetos, adolescentes y adultos, acusados de parricidio en periodo de tiempo señalado para la investigación.

El único criterio de selección fue que dichas personas se encontraban siendo investigadas por el delito de parricidio. El criterio de exclusión fue personas investigadas por otro tipo de delitos.

La técnica de investigación que se utilizó en la presente investigación para la recolección de datos fue el análisis de documentos, los que estuvieron constituidos por las historias clínicas psiquiátricas y por los expedientes (atestados) judiciales de los parricidas.

Para recolectar esta información se diseñaron dos instrumentos:

La Matriz de Identificación de Personalidad en Acusados de Parricidio y

La Matriz de Identificación de Trastorno Mental en Acusados de Parricidio

Para elaborar dichos instrumentos se revisaron las historias psiquiátricas forenses de cada caso así como los expedientes (atestado) judiciales correspondientes determinándose la información relevante contenida en ellos y que, de acuerdo con lo señalado en la literatura mundial sobre parricidio, nos podría brindar información sobre los trastornos mentales y la personalidad de los parricidas así como de otros aspectos relacionados con el delito cometido, como: el género, la edad, el tipo de vínculo familiar que mantenían los acusados de parricidio con sus víctimas, el motivo o causa que impulso a que se cometiera el parricidio, la planificación del delito (el parricidio fue el resultado de un acto impulsivo, de un acto planificado o un acto de defensa), el arma o instrumento empleado para cometer el crimen y el consumo de alcohol o drogas en el momento de cometer el delito.

La matriz elaborada para recoger dicha información fue previamente validada por el Juicio de expertos, teniéndose en cuenta para ello la opinión de expertos forenses en psiquiatría, psicología y medicina legal. Para ello se consideraron los siguientes criterios: claridad, objetividad, actualidad, organización, suficiencia, intencionalidad, consistencia, coherencia, metodología y

pertinencia, obteniéndose un índice de Aniken de 93%, lo que indica que el instrumento era válido para el presente estudio y que evaluó uniformemente los documentos analizados (anexo).

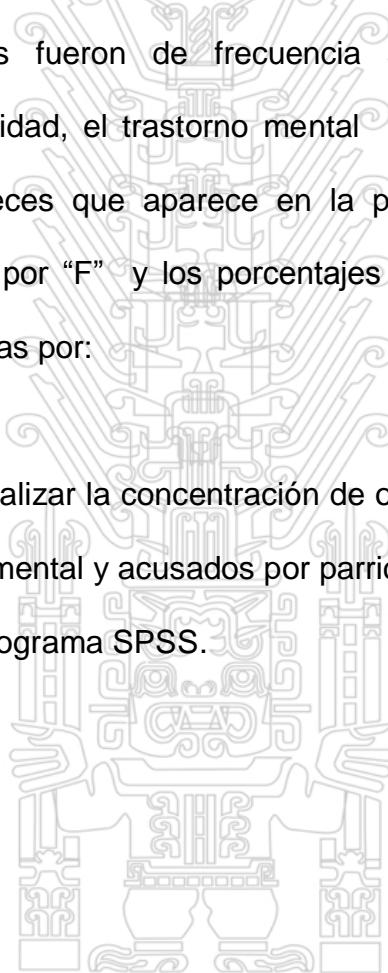
3.8. Procesamiento y análisis de datos

Los datos fueron procesados y analizados empleando la estadística descriptiva.

Distribución de frecuencias: Se organizaron las tablas de distribución de frecuencias, las cuales fueron de frecuencia absoluta de una variable estadística del personalidad, el trastorno mental y el delito de parricidio; es decir, el número de veces que aparece en la población dicho valor de la variable, se representó por “F” y los porcentajes absolutos en función a las frecuencias representadas por:

Porcentaje: Permitió analizar la concentración de observaciones según tipo de personalidad, trastorno mental y acusados por parricidio.

Todo ello a través del programa SPSS.



CAPITULO IV

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

De un total de 5,443 exámenes psiquiátricos solicitados por las fiscalías, jueces y cortes a la División de Exámenes Médicos Legales del Instituto de Medicina Legal durante el año 2009, 19 exámenes psiquiátrico correspondieron a personas acusadas de haber cometido el delito de parricidio, constituyendo los casos de parricidio el 0.34% del total de las evaluaciones psiquiátricas realizadas durante ese año. Los 19 acusados de parricidio, comprendidos en la presente investigación, fueron encontrados culpables, encontrándose actualmente solo uno de dichos casos en proceso de revisión.

Tabla 1

Genero de los acusados de parricidio

| Genero | F | % |
|---------|----|-------|
| Mujeres | 12 | 63,16 |
| Varones | 7 | 36.84 |
| Total | 19 | 100 |

En la tabla 1, con respecto al género de los 19 acusados de parricidio: 12 fueron mujeres (63.16%) y 7 fueron hombres (36.84%).

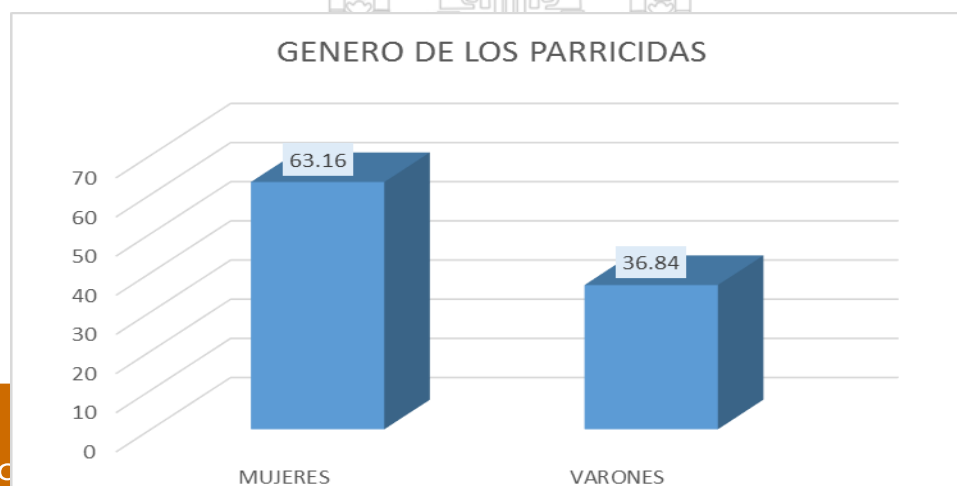


Figura 1. Género de los parricidas

Tabla 2

Edad de los acusados de parricidio

| Edad | F | % |
|----------|----|-----|
| 15 – 19 | 2 | 11 |
| 20 -29 | 12 | 63 |
| 30 – 39 | 3 | 16 |
| 40 -49 | 1 | 5 |
| 50 – Más | 1 | 5 |
| TOTAL | 19 | 100 |

Tabla 2, Con respecto a la edad de los acusados de parricidio, se encontró que el mayor número de ellos fueron adultos jóvenes comprendidos en el período etario de 20 a 29 años en doce casos (63%), seguidos de tres casos de adultos y dos casos de adolescentes, y dos casos de cuarenta a más. La edad promedio de los acusados de parricidio fue de 20 años, encontrándose en los extremos etarios parricidas de 16 años y de 50 años:

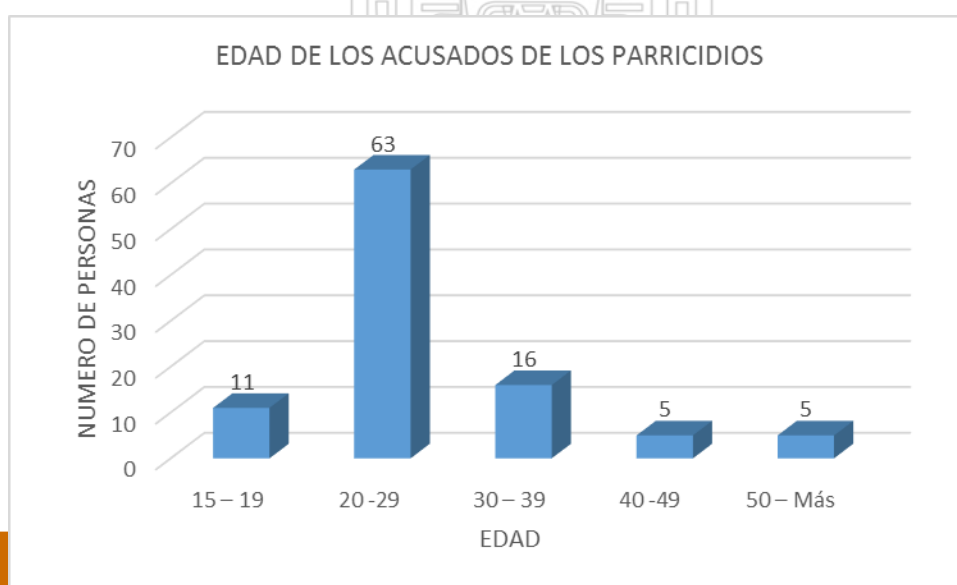


Tabla 3

Diagnósticos en los parricidas con trastorno mental

| Casos | F | % |
|----------------------------|----------|-----------|
| Depresión | 2 | 10.5 |
| Esquizofrenia paranoide | 1 | 5.2 |
| Trastorno afectivo bipolar | 1 | 5.2 |
| Total | 4 | 21 |

En la tabla 3, con respecto a los exámenes psiquiátricos de los 19 acusados de parricidio concluyeron que 4 de ellos presentaron trastornos mentales en el momento de cometer el parricidio: Depresión en 2 casos, Esquizofrenia Paranoide en 1 caso y Trastorno Afectivo Bipolar en 1 caso, encontrándose que la prevalencia de trastornos mentales en los acusados de parricidio fue de 21.05%.

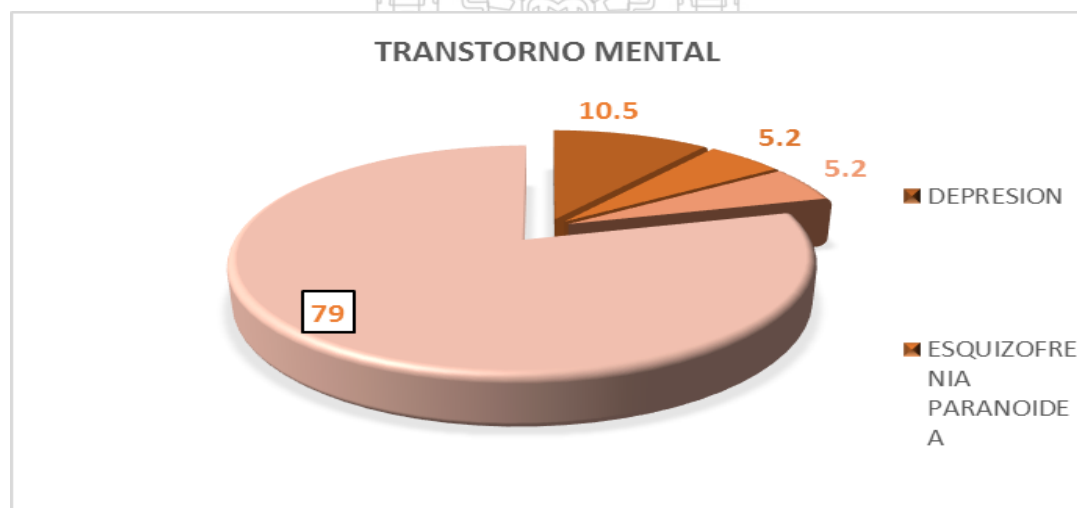


Figura 3. Trastornos Mentales diagnosticados en los parricidas.

Tabla 4

Diagnósticos en los parricidas con tipo de personalidad

| Casos | f | % |
|--------------------------------|---|-------|
| T. de personalidad inestable | 3 | 15.6 |
| T. de personalidad histriónica | 2 | 10.4 |
| T. de personalidad disocial | 1 | 5.2 |
| Total | 6 | 31.57 |

En la tabla 4, de los 19 acusados de parricidio 6 fueron diagnosticados de personalidad: Trastorno de personalidad inestable en 3 casos (15.6%), trastorno de personalidad histriónica en 2 casos (10.4%) y trastorno de personalidad disocial en 1 caso (5.2%), constituyendo la prevalencia de los trastornos de personalidad en los acusados de parricidio de 31.57%.



Figura 4. Tipo de Personalidad diagnosticados en los parricidas.

Tabla 5

Diagnósticos de acentuación de rasgos de personalidad

| Casos | f | % |
|---|----|-------|
| Acentuación de rasgos pasivo agresivos | 4 | 21 |
| Acentuación de rasgos disóciales | 1 | 5.2 |
| Acentuación de rasgos inmaduros | 1 | 5.2 |
| Acentuación de rasgos histriónicos y disóciales | 2 | 10.5 |
| Acentuación de rasgos inmaduros y disóciales | 1 | 5.2 |
| Acentuación de rasgos inmaduros y dependientes | 1 | 5.2 |
| Total | 10 | 52.63 |

En la tabla 5, con respecto a la acentuación de los rasgos de personalidad presentaron acentuación de rasgos de personalidad pasivo agresivos en 4 casos, acentuación de rasgos disóciales en 1 caso, acentuación de rasgos inmaduros en 1 caso, acentuación de rasgos histriónicos y disóciales en 2 casos, acentuación de rasgos inmaduros y disóciales en 1 caso y acentuación de rasgos inmaduros y dependientes en 1 caso. La prevalencia del diagnóstico acentuación de rasgos de personalidad en los parricidas fue 52.63%.

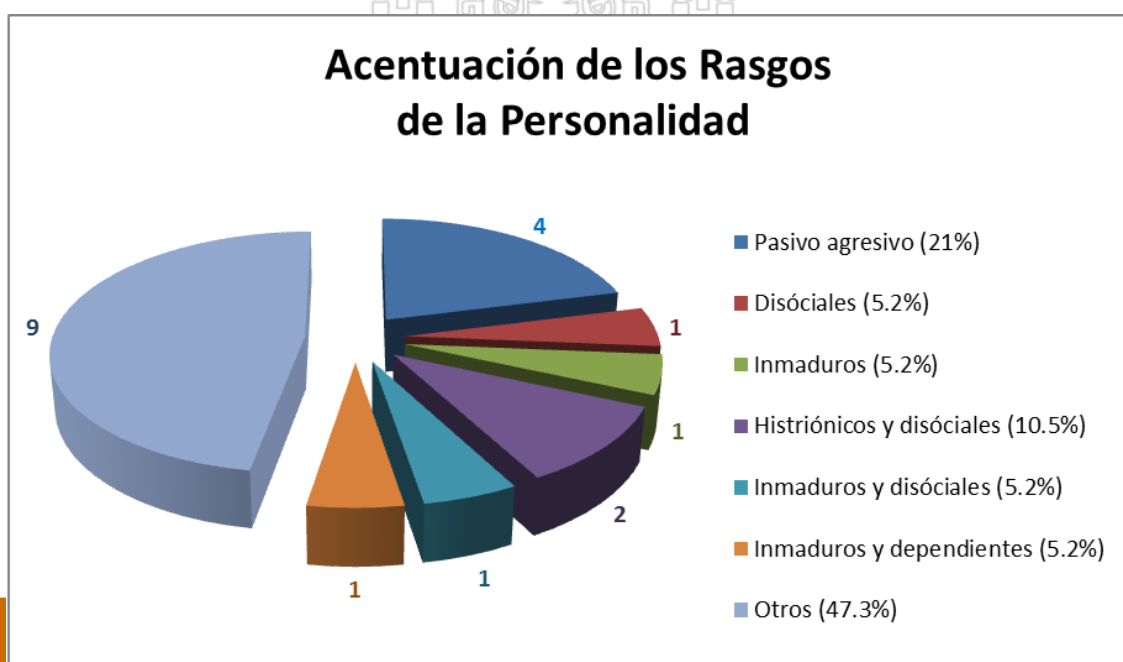


Figura 5 Acentuación de los rasgos de personalidad diagnosticados en los parricidas.

Tabla 6

Vínculo Familiar de los parricidas con las víctimas

| Acusados | F | % |
|------------------------|----|-----|
| Hijos | 5 | 26 |
| Madres | 4 | 21 |
| Esposos o convivientes | 4 | 21 |
| Esposas o convivientes | 3 | 16 |
| Padrastrros | 2 | 11 |
| Abuela | 1 | 5 |
| Total | 19 | 100 |

En la tabla 6, con respecto al vínculo familiar que mantenían los acusados de parricidio con relación a sus víctimas: 5 (26%) de los acusados fueron hijos de la víctima (filicidio), 4 acusados fueron la madre de la víctima (parricidio), 4 de los acusados fueron el esposo o conviviente de la víctima (feminicidio), 3 acusadas fueron la esposa o conviviente de la víctima, 2 acusados fueron padrastrros y en 1 caso la acusada fue la abuela de la víctima (filicidio).

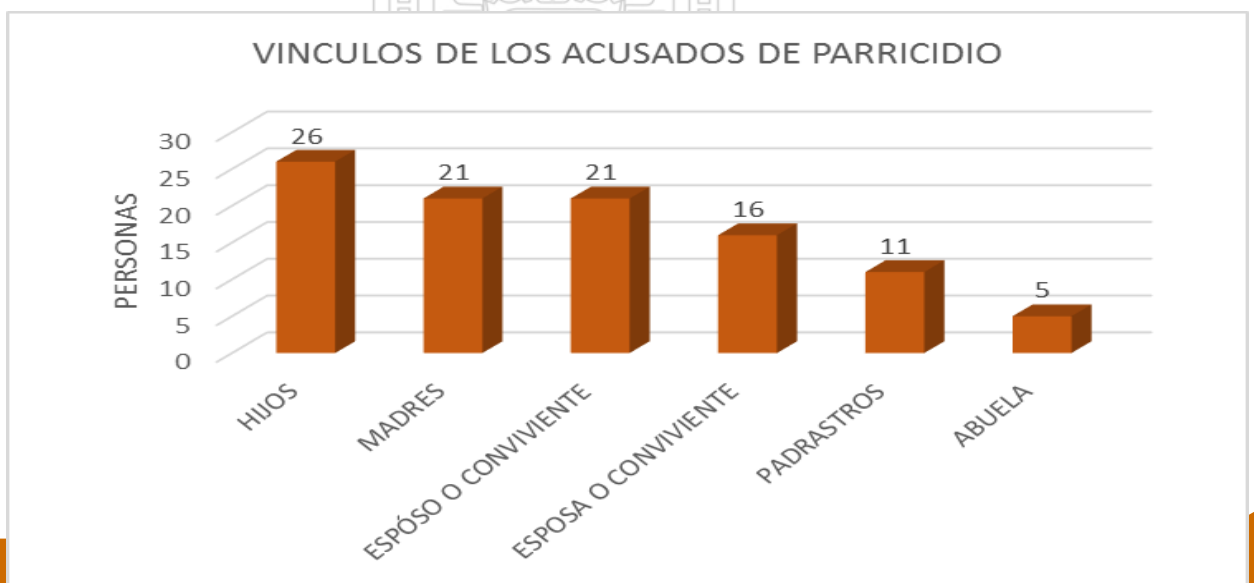


Tabla 7

Víctimas del delito de parricidio

| Victimas | F | % |
|---------------------------------------|-----------|------------|
| Hijos, hijastros o nietos (filicidio) | 7 | 36.8 |
| Esposa o conviviente (feminicidio) | 4 | 21,1 |
| Madre (matricidio) | 3 | 15.7 |
| Esposo o conviviente | 3 | 15.7 |
| Padre | 2 | 10.5 |
| Total | 19 | 100 |

En la tabla 7, Las víctimas del delito de parricidio fueron en mayor número los hijos, hijastros o nietos en 7 casos (filicidio), seguidos de la esposa o conviviente en 4 casos (feminicidio) 21%, la madre en 3 casos (matricidio) 15.7%, el esposo o conviviente en 3 casos 15.7% y el padre en 2 casos 10.5%.

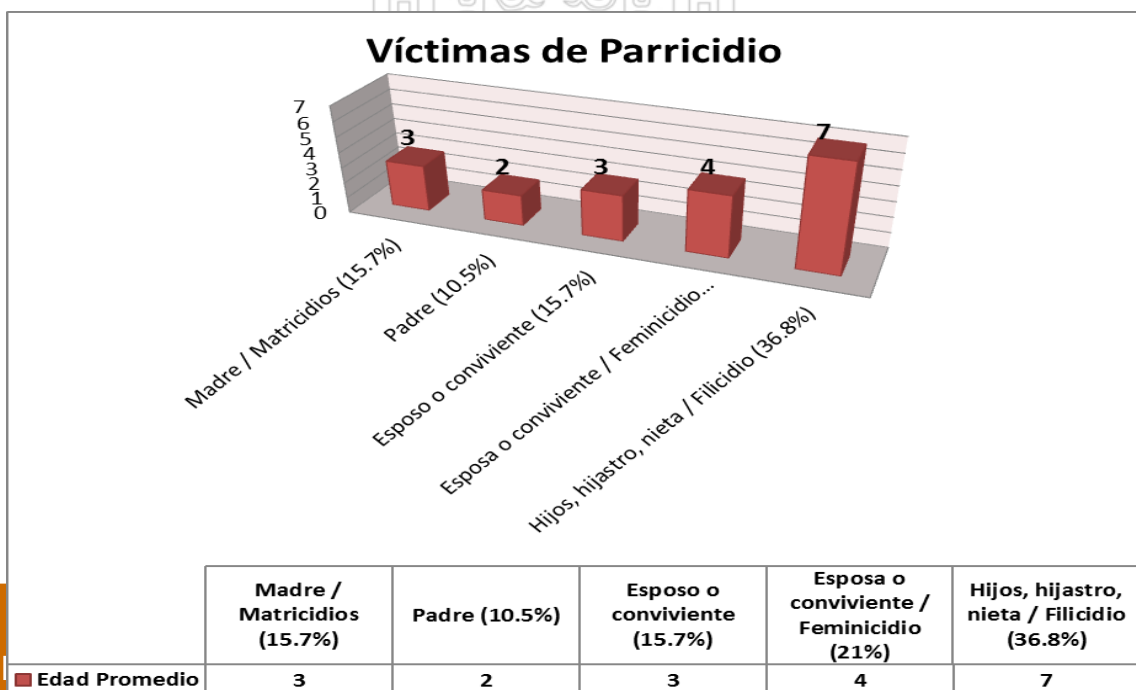


Figura 7. Víctimas de parricidio.

Tabla 8

Planificación del parricidio

| Actos | F | % |
|------------------|----|------|
| Acto impulsivo | 14 | 73,6 |
| Acto planificado | 4 | 21,0 |
| Acto de defensa | 1 | 5.2 |
| Total | 19 | 100 |

En la tabla 8, la investigación fiscal considero que el parricidio fue el resultado de un acto impulsivo en 14 casos (73.6%), de un acto planificado en 4 casos (21%) y un acto de defensa en 1 caso (5.2%).

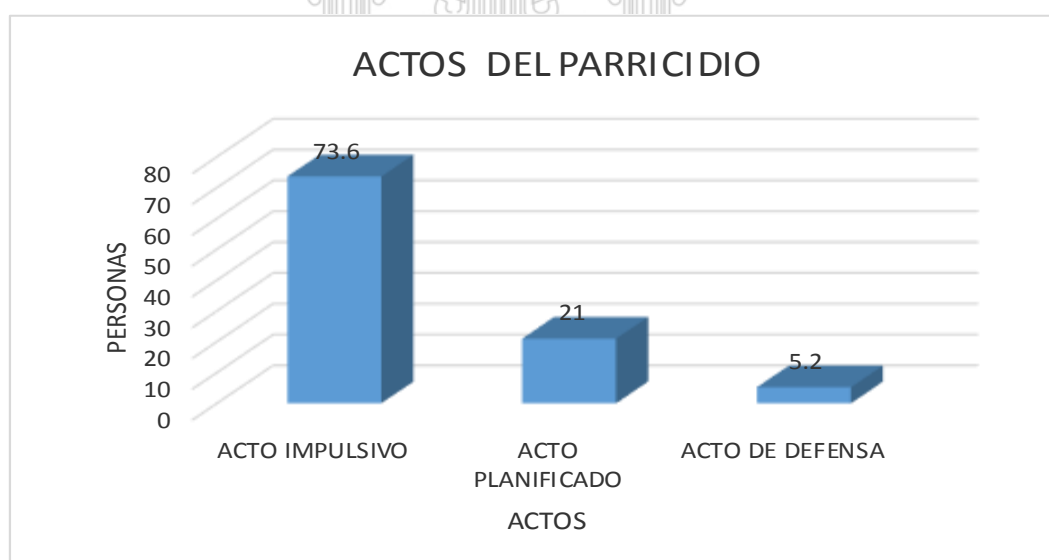


Figura 8. Actos del parricidio.

Tabla 9

Causas del parricidio

| Causas | F | % |
|--------------------|----|------|
| Ira | 11 | 57,8 |
| Interés económico | 3 | 15,7 |
| Depresión | 2 | 10,5 |
| Venganza | 1 | 5,2 |
| Encubrir un delito | 1 | 5,2 |
| Psicosis | 1 | 5,2 |
| Total | 19 | 100 |

En la tabla 9, el motivo o causa que impulso a que se cometiera el acto parricida fue: la ira en 11 casos (57.8%), el interés económico en 3 casos (15.7%), depresión en 2 casos (10.5%), la venganza en 1 caso (5.2%), encubrir un delito en 1 caso (5.2%) y psicosis en 1 caso (5.2%).

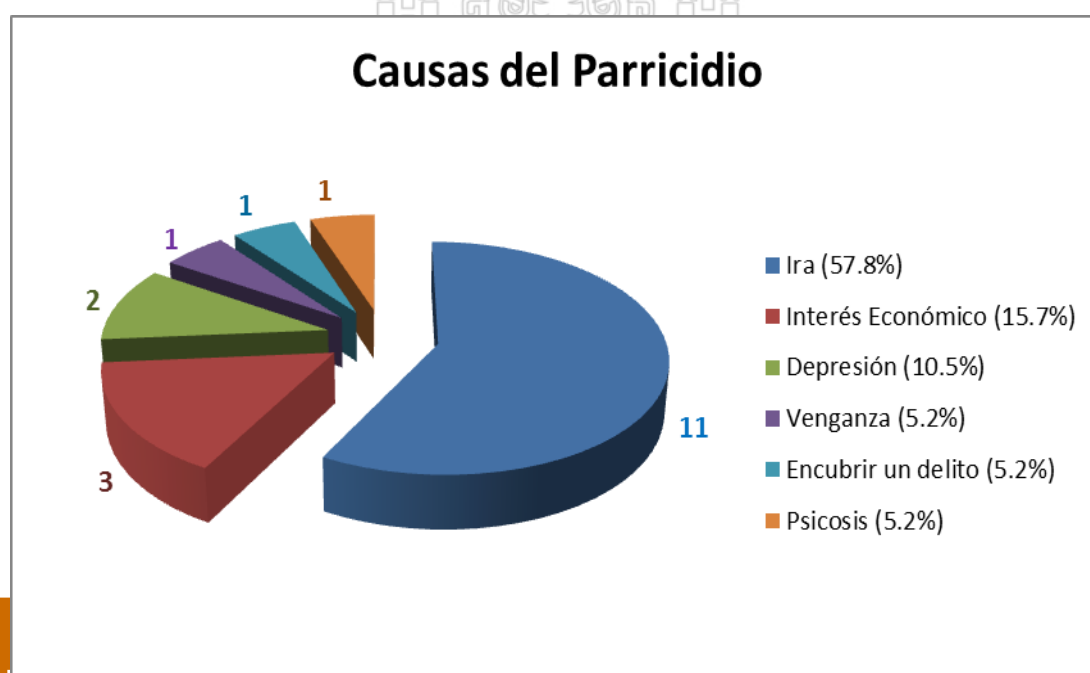
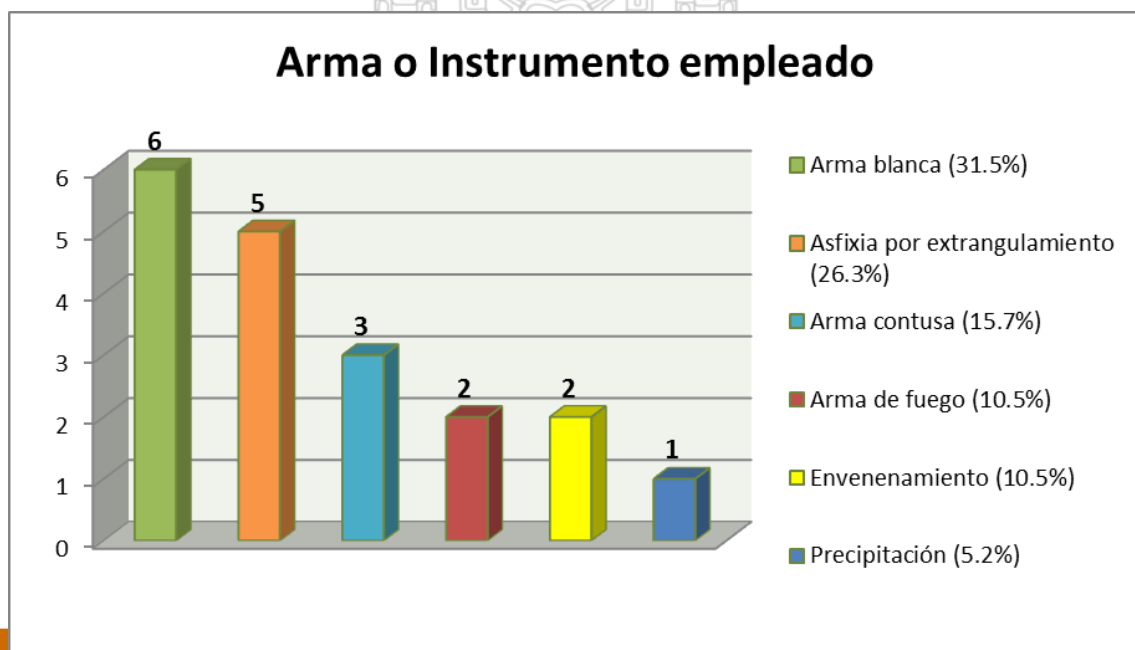


Tabla 10

Arma o elemento empleado en el parricidio

| Causas | F | % |
|-----------------------------------|----|------|
| Arma blanca | 6 | 31.5 |
| Asfixia por estrangulamiento | 5 | 26.3 |
| Arma contusa | 3 | 15.7 |
| Arma de fuego | 2 | 10.5 |
| Envenenamiento | 2 | 10.5 |
| Precipitación (aventado al vacío) | 1 | 5.2 |
| Total | 19 | 100 |

En la tabla 10, El arma o instrumento empleado para cometer el parricidio fue: arma blanca en 6 casos (31.5%), asfixia por estrangulamiento en 5 casos (26.3%), arma contusa en 3 casos (15.7%), arma de fuego en 2 casos (10.5%), envenenamiento en 2 casos (10.5%) y precipitación (aventado al vacío) en 1 caso (5.2%).



Tesis publicada en la revista *Revista de la Facultad de Ciencias Jurídicas y Políticas* de la UNFV.
No olvide citar esta tesis

CAPITULO V

DISCUSIÓN

1. Los resultados relacionados con el tipo de personalidad prevalente encontrados en los parricidas (tabla 4) mostraron que el tipo de personalidad inestable o límite (15.6%) fue el más frecuentemente diagnosticado en los parricidas, seguido por la personalidad histriónica (10.4%) y la personalidad disocial (5.2%). Estos resultados difieren con lo descrito en la mayoría de trabajos de investigación previos que señalaban a los tipos de personalidad disociales y narcisistas como los más frecuentemente diagnosticados en los autores de este delito. Investigadores como Sandra Vázquez Barbosa (2012) del Instituto de Ciencias Forenses y de la Seguridad de Madrid han señalado que entre las personalidades relacionadas con el delito de parricidio destaca en primer lugar el trastorno disocial o antisocial, seguido por el trastorno límite y el trastorno narcisista. El estudio de femicidio de Echeburúa y Fernández-Montalvo mostro que 12% de hombres que agredieron brutalmente a sus parejas presentaban personalidad disocial o antisocial. Marleau, Millaud y Auclair observaron que hasta un 45% de parricidas presentaban trastorno o rasgos de personalidad narcisista.

Este conjunto de personalidades (disocial o antisocial, limite, histriónico y narcisista) tiene en común el pertenecer al grupo B de los trastornos de personalidad descritos en el Manual Diagnóstico Estadístico de los Trastornos

Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana DSM, los que se caracterizan por presentar conductas dramáticas, emocionales y/o erráticas.

Tesis publicada con autorización del autor

No olviden citar esta tesis

UNEFV

con un patrón de comportamiento de trasgresión de normas sociales, impulsividad, falta de control emocional y arranques de rabia y que, por estas características conductuales y por ello conllevan en si un factor de riesgo para la presencia de conductas violentas, encontrándose especialmente las personalidades disóciales relacionadas con las conductas delictivas.

Consideramos que el mayor número de las personalidades inestables o limítrofes encontradas en los parricidas de nuestra investigación, seguidos de las personalidades histriónicas, tiene en común el que ambos trastornos de personalidad se encuentran relacionadas con alteraciones del espectro afectivo de la personalidad, diferenciándose de las personalidades disóciales, que corresponden a una estructura de personalidad en la que los rasgos psicopáticos prevalecen sobre los afectivos. Estas personalidades con alteraciones del espectro afectivo (inestables e histriónicas), evidenciarían que un factor principal en la conducta violenta de los parricidas fue producto de su inadecuado control emocional en el momento de cometer el delito.

Por otro lado el diagnóstico de acentuación de los rasgos de personalidad (tabla 5), que expresan la presencia de rasgos de personalidad en los evaluados que no llegan a tener la intensidad ni la frecuencia para constituir trastornos de personalidad. Sin embargo el diagnóstico de estos rasgos nos permite resaltar el tipo de estructura de la personalidad que presentaban los parricidas. Nuestros resultados en la presente investigación mostraron que el mayor número de acentuación de rasgos diagnosticados (cuatro), correspondió a los rasgos pasivo agresivos de la personalidad. Este diagnóstico evidenció un comportamiento en el que la agresividad no se expresó adecuadamente o que

se contuvo hasta que en un determinado momento su control fue insuficiente y se expresó en forma violenta. Por otro lado el número significativo de personalidades con acentuación de los rasgos inestables e histriónicos encontrados confirmó la tendencia señalada anteriormente sobre una mayor presencia de estos rasgos del espectro afectivo en la personalidad de los parricidas.

2. Los resultados relacionados con el tipo trastornos mentales prevalentes encontrados en los parricidas (tabla 3) evidenciaron que fueron los trastornos del afecto los más frecuentemente, al diagnosticarse en los parricidas dos cuadros de depresión y un cuadro de trastorno bipolar, encontrándose únicamente un caso de esquizofrenia paranoide. Si bien en nuestro país no existen estudios previos sobre la prevalencia de trastornos mentales en parricidio, estos resultados difieren con lo descrito en diferentes estudios internacionales previos sobre parricidio, los que señalan la presencia de un mayor número de casos de esquizofrenia entre los parricidas y en menor número la presencia de los trastornos del afecto. En una revisión sobre la caracterización psiquiátrica del delito de parricidio, Tamara Galleguillos señala que en los parricidas, el perfil de mayor frecuencia, está dado por adultos en los que existe una alta prevalencia de patología psiquiátrica, en especial esquizofrenia y consumo de drogas o alcohol. Según el estudio de Cornic y Olie, el típico perfil de un parricida adulto corresponde a: un varón joven, soltero, desempleado, que vive con la víctima, sufre de esquizofrenia y abusa de alcohol y drogas, quien ha suspendido el tratamiento, y posee antecedentes previos de conductas ilegales. En casi todos los estudios se demuestra una alta

prevalencia de psicosis (desde 40%) en parricidas, y por otro lado, este delito representaría una parte importante (hasta un 30%) de los homicidios cometidos por personas psicóticas. En la investigación realizada por Marleau, Millaud y Auclair observo, al igual que en los estudios antes mencionados, que la mayoría de los parricidios son cometidos por varones adultos, que presentaron como principales patologías psiquiátricas: esquizofrenia paranoide (56%), trastorno bipolar (13%), y trastorno esquizoafectivo (8%).

Los resultados encontrados en la presente investigación nos llevan a revalorar el riesgo que este tipo de conductas violentas pueda presentarse en pacientes con trastornos del afecto cuando determinadas condiciones estén presentes, como son: el no tener un tratamiento adecuado, encontrarse en situaciones de intenso conflicto familiar como las producidas por la violencia familiar o de pareja, la presencia de celotipias, sentimientos de abandono y las situaciones de infidelidad.

El hecho que ninguno de los parricidas que presentaron un trastorno mental se encontraba en tratamiento en el momento de cometer el delito pudo tener una relación directa con el delito. En todos los casos el tiempo en el que el parricida se encontraba sin tratamiento fue mayor a un año.

A diferencia de otros estudios en los que se señala la presencia del consumo de alcohol o drogas en los parricidas como factores que desencadenaron el delito, esta condición tampoco fue encontrada en la presente investigación.

Asimismo la presente investigación también permitió señalar que la prevalencia de los homicidios por el delito de parricidio, sobre el total de homicidios, en

nuestro medio (Lima y Callao) fue de 5.26%. Esta prevalencia, que no se había determinado antes en nuestro país y es superior al promedio internacional descrito para este tipo de delitos, que señala que los homicidios por parricidio constituyen menos del 4% del total de homicidios. Este resultado confirma la percepción sobre una mayor incidencia de estos delitos a lo esperado en nuestra población.

La prevalencia de trastornos mentales encontrada en los acusados de parricidio en la presente investigación fue 21.05% y la de los trastornos de personalidad fue 31.57%, en conjunto la prevalencia de trastornos psiquiátricos que presentaron los acusados de parricidio fue 52.62%. De los 19 parricidas evaluados psiquiátricamente, 4 presentaron trastornos mentales y 6 presentaron trastornos de personalidad. La prevalencia encontrada es mayor a la prevalencia anual esperada de trastornos mentales en Lima para la población en general, que de acuerdo con lo señalado por Instituto de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi (2010), es de 26.5% e incluso mayor a la prevalencia esperada de trastornos psiquiátricos en la población urbana a nivel nacional estimada en 29% y que la prevalencia esperada en vida de trastornos mentales a nivel nacional de 33,7%. Esta elevada prevalencia de trastornos mentales en los parricidas confirma lo descrito en la literatura internacional, en la que se señala una alta prevalencia de trastornos mentales en las personas que cometen este tipo de delito.

3. Los resultados relacionados con el sexo prevalente de los parricidas (tabla 1) revelaron que el mayor número de parricidas fueron mujeres, 63.2%, en tanto que los varones constituyeron el 36.8%. Estos resultados difieren de lo señalado en la literatura internacional sobre los parricidas que describe una

mayor prevalencia de varones como autores de parricidio, llegando algunas investigaciones, como señala Tamara Galleguillos en su revisión sobre la caracterización psiquiátrica del delito de parricidio que, la gran mayoría de los parricidas son varones, observándose tasas de hasta un 92%, con una razón de 6:1 entre hombres/mujeres.

La diferencia encontrada en esta investigación tendría una relación directa con el tipo de parricidio que se cometió, ya que si bien en los casos de feminicidio los autores del homicidio fueron varones, en el caso de los filicidios y matricidios el mayor número de parricidas encontrados fueron mujeres.

Con respecto a la edad promedio de los parricidas (tabla 2) en la presente investigación esta fue de 28 años, encontrándose que el mayor número de los parricidas fueron adultos jóvenes comprendidos entre las edades de 20 a 29 años (en doce casos), ello coincide con lo descrito en los diferentes investigaciones con respecto a la edad de los parricidas. Sin embargo la presencia de dos casos de adolescente y un adulto mayor evidencia que estos delitos pueden ser cometidos a muy diferentes edades

4. Los resultados relacionados con el análisis del vínculo familiar prevalente que tenían los parricidas con sus víctimas (tabla 6) mostraron que el mayor número de parricidios fueron cometidos por los hijos de la víctima (cinco casos) o por las madres de la víctima (cuatro casos). Ello evidencio que el mayor número de los parricidios se produjo por un conflicto paterno o materno filial, un conflicto entre padres e hijos, lo que difiere de lo descrito en diversas investigaciones que señalan que el mayor número de parricidios son debidos a feminicidio, en los que el parricida fue la pareja de la víctima. Si bien en la

presente investigación se encontraron 4 acusados de feminicidio (el autor fue el esposo o conviviente de la víctima), también se encontró 3 casos en los que la acusada fue la esposa o la conviviente de la víctima, por lo que tampoco se encontró una preponderancia única del feminicidio en los acusados de parricidio dentro de una relación de pareja.

Con respecto a las víctimas del parricidio (tabla 7) se encontró que el mayor número de víctimas estuvo constituido por los hijos (as) o los hijastros (as) de los parricidas (7 casos de filicidio), seguidos de la esposa o conviviente (4 casos de feminicidio). Este resultado difiere de lo descrito en el mayor número de investigaciones sobre parricidio que se señalan que las esposas o convivientes de los parricidas son las víctimas más frecuentes de este delito, en su modalidad de feminicidio. Este resultado evidenciaría que el parricidio de los hijos menores constituye un delito no visibilizado de esta forma de violencia.

5. Los resultados relacionados con la planificación del delito de parricidio (tabla 8) encontraron que la investigación de la fiscalía concluyó que en el mayor número de los casos (en 14 casos, el 73.6%), el parricidio fue resultado de un acto impulsivo, no planificado y en menor número de un acto planificado (en 4 casos, el 21%), solo en un caso fue ocasionado por un acto de defensa de la víctima. El hecho que la mayor parte de los parricidios fuese resultado de un acto impulsivo, no deliberado, tiene como una explicación principal la existencia, por un lado, de conflictos previos, intensos y significativos latentes, entre el agresor y la víctima y, por otro lado, las características de la personalidad o la presencia de los trastornos mentales en el agresor los que, como se ha descrito en la presente investigación, se caracterizaron por la presencia de un mayor número de trastornos mentales y trastornos de

personalidad con alteraciones del espectro afectivo, que explicarían como la conducta violenta de los parricidas fue producto de un inadecuado control emocional de sus impulsos.

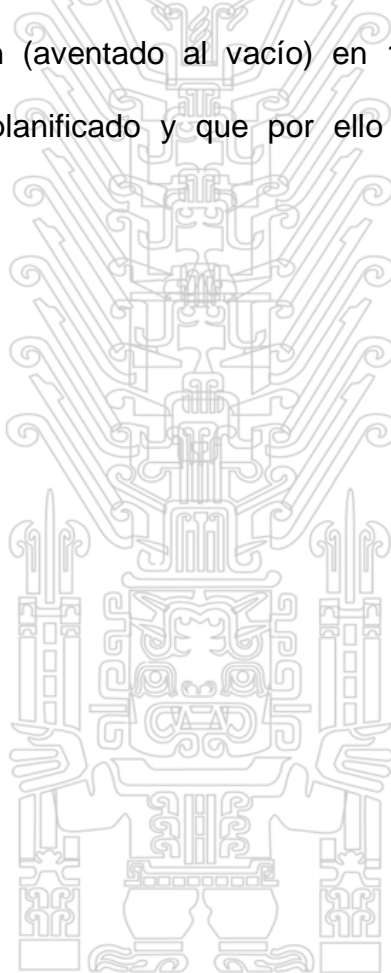
6. Los resultados relacionados con la causa o motivo que impulso a que se cometiera el acto parricida (tabla 9) se encontró que el mayor número de parricidios tuvo como causa una alteración del estado emocional del homicida: la ira en 11 casos (57.8%), depresión en 2 casos, la venganza en 1 caso. En menor número se encontró como causa el interés económico del parricida (3 casos), encubrir un delito (1 caso) y psicosis (1 caso).

Esta conclusión muestra que la causa más frecuente de parricidio fue una alteración del estado emocional del agresor, que tuvo en la ira como la emoción más frecuente. La ira, como expresión de una agresividad intensa no controlada, tuvo a su vez relación con el tipo de personalidad encontrada en los parricidas, ya que en diversos estudios se han señalado que los tipos de trastornos de personalidad como los encontrados en la presente investigación, presentan un riesgo significativo de manifestar conductas violentas. Ello guarda también relación con lo señalado anteriormente sobre como el mayor número de casos el parricidio fue producto de un acto impulsivo.

7. En cuanto a los resultados relacionados con el tipo de arma o instrumento prevalentemente empleados para cometer el parricidio (tabla 10) revelaron que fueron: el arma blanca en 6 casos, la asfixia por estrangulamiento en 5 casos y arma contundente en 3 casos, los instrumentos empleados con más frecuencia para cometer el parricidio. No existe en la literatura nacional e internacional

referencias sobre este punto, sin embargo podríamos señalar que por la

naturaleza de este tipo de armas o instrumentos, consideradas como objetos que podrían estar al alcance de cualquier persona, a diferencia del arma de fuego o de los tóxicos o venenos, su empleo en el homicidio tendrían relación con lo señalado anteriormente en el sentido que en su mayoría, los delitos de parricidio, fueron producto de un acto impulsivo, no planificado, motivado por la ira y que por ello se recurrió a este tipo de arma. En tanto que el empleo en menor número de armas, como arma de fuego en 2 casos, envenenamiento en 2 casos y precipitación (aventado al vacío) en 1 caso tendría una mayor relación con un acto planificado y que por ello se emplearon con menor frecuencia.



CONCLUSIONES

1. Las personalidades prevalentes que presentaron los parricidas en la presente investigación fueron: la personalidad inestable o límite (15.6%), seguido de la personalidad histriónico (10.4%) y la personalidad disocial o antisocial (5.2%).

2. Los trastornos mentales prevalentes que presentaron los parricidas estuvieron relacionado con los trastornos del afecto (15.7%), dos cuadros de depresión y uno de trastorno bipolar, en tanto que solo se diagnosticó un caso de esquizofrenia paranoide.

3. El género prevalente de los parricidas en la presente investigación fue el femenino en un 63.2%, en tanto que los varones constituyeron el 36.8%.

4. La edad promedio de los parricidas oscilo entre oscilaba entre los 20 a 29 años, encontrándose que la edad promedio de los mismos fue de 28 años.

5. El tipo de vínculo familiar de los parricidas con respecto a sus víctimas encontró que el mayor número de parricidios fueron cometidos por los hijos de las víctimas (cinco casos, 26%) y por las madres de las víctimas (cuatro casos,

que el mayor número de víctimas estuvo constituido por los hijos (as) y los hijastros (as) de los parricidas (7 casos de filicidio, 37%), seguidos de la esposa o conviviente (4 casos de feminicidio).

6. Con respecto a la intención de cometer el parricidio, el mayor número de los parricidios fue resultado de un acto impulsivo, no planificado (73.6%), en menor número fue producto de un acto planificado (21%) y solo en un caso fue ocasionado por un acto de defensa de la víctima.

7. Las causas o circunstancias que favorecieron el que se produjera el parricidio fueron: la ira (57.8%) como la causa más frecuente, seguida del interés económico (15.7 %), la depresión (10.5%) y la venganza (5.2%).

8. El tipo de arma o instrumento empleado con mayor frecuencia para cometer el parricidio fue el arma blanca en 6 casos (31.5%), seguida de la asfixia por estrangulamiento en 5 casos (26.3%), los objetos contusos en 3 casos (15.7%), armas de fuego en 2 casos (10.5%), envenenamiento en 2 casos (10.5%) y precipitación (aventado al vacío) en 1 caso (5.2%).

RECOMENDACIONES

1. Los estudios sobre parricidio deben estar dirigidos a las formas específicas de este delito, como es el caso del feminicidio o el infanticidio, lo que permitirá obtener información diferenciada de estos y de los aspectos asociados a los mismos.
2. Las autoridades responsables de los programas de salud mental y violencia familiar, deben fortalecer los espacios de atención y orientación psicológica que permita identificar y tratar conflictos familiares intensos y no resueltos, especialmente para cuando los miembros de la misma presenten rasgos de personalidad inestable o límite, histriónico y disocial.
3. Las autoridades del sistema de administración de Justicia, tanto a nivel policial como fiscal, deben brindar atención de protección prioritaria y diferenciada a las víctimas de violencia familiar que acudan denunciando agresiones reiteradas y la presencia de una conducta emocional de ira intensa e impulsividad en los agresores.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition, DSM-5. Arlington VA. Recuperado de <http://dsm.psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Cerna,C (2011). *Crítica a la Configuración del Delito de Parricidio y Fundamentos para postular la Supresión del Ilícito*. Santiago de Chile, Chle: Editorial Universidad de Chile Facultad de Derecho.
- Claudia Derito, M (2006) Breve consideración histórica sobre las nosografías psiquiátricas. Alcmeon, *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*; 13(3):67-108. Recuperado de http://www.alcmeon.com.ar/13/51/6_derito.htm
- Coid B, Lewis S y Reveley A (1993). A twin study of psychosis and criminality. *Journal of Psychiatry* 162: 87-92. British.
- Coid, J. et al. (2013) The Relationship Between Delusions and Violence Findings From the East London First Episode Psychosis Study. *JAMA Psychiatry* , 70(5) 465-471. Recuperado de <http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1660586>.
- Cornic, F y Olie, J (2006) Psychotic parricide. Prevention. *Encephale* 32 (4): 452-8. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17099556>
- Corazón, M (enero-junio 2012) La afinidad. Una investigación histórica, jurídica y religiosa. *Hispania Sacra* 129, 97-139.
- Echeburúa E y Fernández-Montalvo J. (2007) *Male batterers with and without psychopathy: an exploratory study in Spanish prisons*. *Int J offender Ther Comp Criminol Estados Unidos*, 51(3): 254-63.
- Eronen, M, Hakola P y Tiihonen J. (1996a) *Mental disorders and homicidal behavior in Finland*. *Archives of General Psychiatry*; 53:497-501.
- Eronen, M, Tiihonen, J y Hakola, P (1996b). *Schizophrenia and homicidal behavior*. *Schizophrenia Bulletin*; 22(1):83-89.

- Elbogen, E y Johnson, S (2009). *The Intricate Link between Violence and Mental Disorder*. Arch Gen Psychiatry. 66(2):152-161.
- Esbec, E y Echeburúa, E (2010) *Violencia y trastornos de la personalidad: implicaciones clínicas y forenses*. Actas Españolas de Psiquiatría; 38(5):249-261.
- Esbec, E y Echeburúa, E (2011). *La reformulación de los trastornos de la personalidad en el DSM-V*. Actas Españolas de Psiquiatría; 39(1); 1-11.
- Fazel, S y Danesh, J (2002) *Serious mental disorder in 23 000 prisoners: a systematic review of 62 surveys*. Lancet; 359:545–550.
- Fernández, J, García, JA, Elices, R, Gallardo C y Reoyo, A (2007). *Esquizofrenia y conducta violenta*. Revisión, Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad Complutense de Madrid; 94(4):157-165.
- Fernández-Montalvo, J. y Echeburúa, E (2004). Pathological Gambling and Personality disorders: an exploratory study with the IPDE. *Journal of Personality Disorders*; 18, 500-505.
- Fernández-Montalvo J. y Echeburúa, E (2008) Trastornos de personalidad y psicopatía en hombres condenados por violencia grave contra la pareja. *Psicothema*;20:193-8.
- Galleguillos, T. Leslie, A. Tapia, y Aliaga, A (2008). *Caracterización psiquiátrica del delito de parricidio*. Rev Chil Neuro-Psiquiat; 46 (3): 216-223.
- González, L (2007) *Psicopatología Clínica Legal y Forense*; 7:19-394.
- Hernandez, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. México D.F., México: McGRAW - Hill Interamericana de México.
- Ministerio de Salud del Perú (2012). *Prevalencia de vida y edad de inicio de Trastornos Psiquiátricos en el Perú urbano: estudio epidemiológico en ciudades de la costa, sierra y selva del Perú*. Unidad de Análisis y Generación de Evidencias en Salud Pública, Centro Nacional de Salud Pública. Diciembre. Ministerio de Salud del Perú.
- Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” (INSM “HD-HN”) (2010). *Estudios Epidemiológicos en Salud Mental*. 2002 – 2010. Lima-Perú.
- Jara, M (2013) *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*. Barcelona, 2013; 3(4).
- Marreau, J, Milaud, F, Aucoulet, N (2003) *Comparison of parricide and attempted parricide: a study of 39 psychotic adults*. Int J Law Psychiatry; 26. 269-79.

- Meltzer HY, Alphas L, Green AI, Altamura AC, Anand R, Bertoldi A, Bourgeois M, Chouinard G, Islam MZ, Kane J, Krishnan R, Lindenmayer JP y Potkin S. (2003). *International Suicide Prevention Trial Study Group. Clozapine treatment for suicidality in schizophrenia: International Suicide Prevention Trial (InterSePT)*. Archives of General Psychiatry. Jan; 60(1):82-91.
- Meltzer HY, Baldessarini RJ (2003). Reducing the risk for suicide in schizophrenia and affective disorders. Journal of Clinical Psychiatry. 2003 Sep; 64(9):1122-1129.
- Ministerio de Justicia (1991). *Código Penal Peruano*. Lima, Perú.
- Ministerio Público del Perú (2011) *Observatorio de Fenicidio*. Lima, Perú.
- Monahan J (1992) Mental disorder and violent behavior: Perceptions and evidence. *American Psychologist*; 47:511-521.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *Clasificación de trastornos mentales CIE 10*. Ginebra, Suiza.
- Santana, R. Sánchez, R. y Herrera, E (1998) *El maltrato infantil: un problema mundial*. Salud Pública Méx; 40(1):58-65.
- Seenal, MD; Paul Lichtenstein, PhD; Martin Grann, PhD; Guy M. Goodwin, Dphil; Niklas Langstrom, MD, PhD. (2010) *Bipolar Disorder and Violent Crime*. Archives Gen Psychiatry. 2010; 67(9):931-938.
- Galleguillos U., Tamara; Leslie L., Andrea; Tapia R., Javier; Aliaga M., Álvaro (2008) Caracterización psiquiátrica del delito de parricidio *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, vol. 46, núm. 3, septiembre, 2008, pp. 216-223 Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile Santiago, Chile.
- Tyrer, P y Duggan, C. (2010) *The successes and failures of the DSPD experiment: the assessment and management of severe personality disorder*. Med Sci Law; 50: 95–99.
- Vázquez, S (2012) *Trastornos de la Personalidad y Conducta Delictiva*. Instituto de Ciencias Forenses y de la Seguridad de Madrid, Documento de Investigación sobre Seguridad Interior doc-ISle nº 07/2012, España
- Wesseley SC, Castle D, Douglas AJ. et al (1994). The criminal careers of incident cases of schizophrenia. *Psychological Medicine*; 24:483-502.

ANEXO 1

INSTRUMENTO

MATRIZ DE IDENTIFICACIÓN DE PERSONALIDAD EN ACUSADOS DE PARRICIDIO

I. Datos generales:

1. Identificación: apellidos, nombres (iniciales)

2. Sexo: masculino femenino

3. Edad: años

4. Grado de instrucción:

primaria completa incompleta

secundaria completa incompleta

técnica completa incompleta

universitaria completa incompleta

5. Ocupación:

ama de casa empleado marino

abogado estudiante obrero

carpintero estibador profesor

cocinero ingeniero psicólogo

cobrador de combi independiente taxista

desocupado medico otros

6. Relato: (resumen)

7. Tipo de vínculo con el Parricida:

padre

conviviente

hijastra

Tesis publicada con autorización del autor

No olvide citar esta madre

hijo

UNFV

- esposo hija
 esposa hijastro

8. Clase de Parricidio:

- matricidio muerte del padre
 filicidio muerte del esposo/conviviente
 feminicidio

9. Tipo de acto parricida:

- Acto planificado
 Acto impulsivo
 Acto de defensa

10. Motivo del Parricidio:

- Depresión
 Encubrir delito
 Interés económico
 Ira
 Venganza

11. Instrumento empleado para cometer el Parricidio:

- Arma blanca
 Arma contusa
 Arma de fuego
 Asfixia
 Envenenamiento
 Precipitación

12. Asociado a consumo de drogas:

- Si no

II. Evaluación de la Personalidad:

Instructivo:

La recolección de datos se realiza de las Evaluaciones Psiquiátricas realizadas a los acusados de parricidio en la División de Exámenes Clínico Forenses, marcando con una equis el tipo de personalidad diagnosticado por el psiquiatra forense que realizó la evaluación.

1) Personalidad normal

2) Trastorno de personalidad específicos:

paranoide acentuación de rasgos trastorno de personalidad

esquizoide acentuación de rasgos trastorno de personalidad

disocial acentuación de rasgos trastorno de personalidad

inestable acentuación de rasgos trastorno de personalidad

histriónica acentuación de rasgos trastorno de personalidad

anancástico acentuación de rasgos trastorno de personalidad

ansioso acentuación de rasgos trastorno de personalidad

dependiente acentuación de rasgos trastorno de personalidad

3) Otros Trastornos de personalidad específicos:

narcisista acentuación de rasgos trastorno de personalidad

excéntrica acentuación de rasgos trastorno de personalidad

inestable acentuación de rasgos trastorno de personalidad

Inmadura acentuación de rasgos trastorno de personalidad

pasivoagresiva acentuación de rasgos trastorno de personalidad

ANEXO 2

INSTRUMENTO

MATRIZ DE IDENTIFICACIÓN DE TRASTORNO MENTAL EN ACUSADOS DE PARRICIDIO

1. Identificación: apellidos, nombres (iniciales):
2. Sexo: Masculino Femenino
3. Edad: años
4. Grado de instrucción:
- | | | |
|---------------|-----------------------------------|-------------------------------------|
| Primaria | <input type="checkbox"/> completa | <input type="checkbox"/> incompleta |
| Secundaria | <input type="checkbox"/> completa | <input type="checkbox"/> incompleta |
| Técnica | <input type="checkbox"/> completa | <input type="checkbox"/> incompleta |
| Universitaria | <input type="checkbox"/> completa | <input type="checkbox"/> incompleta |
5. Ocupación:
- | | | |
|--|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ama de casa | <input type="checkbox"/> Empleado | <input type="checkbox"/> Marino |
| <input type="checkbox"/> Abogado | <input type="checkbox"/> Estudiante | <input type="checkbox"/> Obrero |
| <input type="checkbox"/> Carpintero | <input type="checkbox"/> Estibador | <input type="checkbox"/> profesor |
| <input type="checkbox"/> Cocinero | <input type="checkbox"/> Ingeniero | <input type="checkbox"/> Psicólogo |
| <input type="checkbox"/> Cobrador de combi | <input type="checkbox"/> Independiente | <input type="checkbox"/> Taxista |
| <input type="checkbox"/> Desocupado | <input type="checkbox"/> Medico | <input type="checkbox"/> Otros |
6. Relato: (resumen)
7. Víctima:
- | | | |
|--------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Padre | <input type="checkbox"/> Conviviente | <input type="checkbox"/> Hijastra |
| <input type="checkbox"/> Madre | <input type="checkbox"/> Hijo | |

- Esposo Hija
 Esposa Hijastro

8. Clase de Parricidio:

- Matricidio Muerte del padre
 Filicidio Muerte del esposo/conviviente
 Femicidio

9. Tipo de acto parricida:

- Acto planificado
 Acto impulsivo
 Acto de defensa

10. Motivo del Parricidio:

- Depresión
 Encubrir delito
 Interés económico
 Ira
 Venganza

11. Instrumento empleado para cometer el Parricidio:

- Arma blanca
 Arma contusa
 Arma de fuego
 Asfixia
 Envenenamiento
 Precipitación

12. Asociado a consumo de drogas:

- Sí No



II. Evaluación de Trastorno Mental:

Instructivo:

La recolección de los datos se realiza de las Evaluaciones Psiquiátricas practicadas a los acusados de parricidio en la División de Exámenes Clínico Forenses, marcando con una equis el tipo de Trastorno Mental diagnosticado por el psiquiatra forense que realizó la evaluación.

F00-F09 Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos.

- F00 Demencia en la enfermedad de Alzheimer.
- F01 Demencia vascular.
- F02 Demencia en enfermedades clasificadas en otro lugar (Demencia en la enfermedad de Pick, de Creutzfeldt-Jakob, Huntington, Parkinson, VIH).
- F04 Síndrome amnésico orgánico no inducido por alcohol u otras sustancias psicotropas.
- F06 Otros trastornos mentales debidos a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad somática
- F07 Trastornos de la personalidad y del comportamiento debidos a enfermedad, lesión o disfunción cerebral.

F10-F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotropas.

- Consumo de alcohol, opioides, cannabinoides, sedantes o hipnóticos, cocaína, otros estimulantes (incluyendo la cafeína), alucinógenos, tabaco, disolventes volátiles.
- F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de múltiples drogas o de otras sustancias psicotropas.

F20-29 Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes.

F20 Esquizofrenia.

F21 Trastorno esquizoide del autor

No olviden citar esta tesis

[F22 Trastornos de ideas delirantes persistentes.](#)

[F23 Trastornos psicóticos agudos y transitorios.](#)

[F24 Trastorno de ideas delirantes inducidas.](#)

[F25 Trastornos esquizoafectivos.](#)

[F28 Otros trastornos psicóticos no orgánicos.](#)

[F29 Psicosis no orgánica sin especificación.](#)

[F30-39 Trastornos del humor \(afectivos\)](#)

F30 Episodio maníaco, Hipomanía, Manía sin síntomas psicóticos, Manía con síntomas psicóticos.

[F31 Trastorno bipolar.](#)

[F32 Episodios depresivos.](#)

[F33 Trastorno depresivo recurrente.](#)

[F34 Trastornos del humor \(afectivos\) persistentes.](#) (Ciclotimia, Distimia, Otros trastornos del humor (afectivos) persistentes)

[F40-49 Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos.](#)

F40 Trastornos de ansiedad fóbica

F40.0 Agorafobia.

F40.1 Fobias sociales.

[F41 Otros trastornos de ansiedad.](#)

F41.0 Trastorno de pánico (ansiedad paroxística episódica).

F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada.

F41.2 Trastorno mixto ansioso-depresivo.

[F42 Trastorno obsesivo-compulsivo.](#)

[F43 Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación.](#) (Reacción a estrés agudo, Trastorno de estrés post-traumático, Trastornos de adaptación)

[F44 Trastornos disociativos \(de conversión\).](#)

[F45 Trastornos somatomorfos.](#)

[F48 Otros trastornos neuróticos.](#) (Neurastenia, Trastorno de despersonalización-desrealización)

F50-59 Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos.

- F51 Trastornos de la conducta alimentaria. (Anorexia nerviosa, Bulimia)
- F52 Disfunción sexual no orgánica.
- F53 Trastornos mentales y del comportamiento en el puerperio no clasificados en otro lugar.
- F54 Factores psicológicos y del comportamiento en trastornos o enfermedades clasificados en otro lugar.
- F55 Abuso de sustancias que no producen dependencia.
- F59 Trastornos del comportamiento asociado a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos sin especificación.

F60-69 Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto.

- F61 Trastornos mixtos y otros trastornos de la personalidad.
- F62 Transformación persistente de la personalidad no atribuible a lesión o enfermedad cerebral. (Transformación persistente de la personalidad tras experiencia catastrófica, Transformación persistente de la personalidad tras enfermedad psiquiátrica)
- F63 Trastornos de los hábitos y del control de los impulsos. (Ludopatía, Piromanía, Kleptomanía, Tricotilomanía)
- F64 Trastornos de la identidad sexual.
- F65 Trastornos de la inclinación sexual.
- F66 Trastornos psicológicos y del comportamiento del desarrollo y orientación sexuales.
- F68 Otros trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto. (elaboración psicológica de síntomas somáticos, producción intencionada o fingimiento de síntomas o invalideces somáticas o psicológicas (trastorno ficticio).
- F69 Trastorno de la personalidad y del comportamiento del adulto sin especificación.

F70-79 Retraso mental.

- F70 Retraso mental leve.
- F71 Retraso mental moderado.
- F72 Retraso mental grave.
- F73 Retraso mental profundo.

F80-89 Trastornos del desarrollo psicológico.

[F82 Trastorno específico del desarrollo psicomotor.](#)

[F83 Trastorno específico del desarrollo mixto.](#)

[F84 Trastornos generalizados del desarrollo.](#) (Autismo infantil, Síndrome de Rett, Síndrome de Asperger)

[F90-98 Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia.](#)

F90 Trastornos hiperkinéticos, Trastorno de la actividad y de la atención, Trastorno hiperkinético disocial.

[F91 Trastornos disociales.](#)

[F92 Trastornos disociales y de las emociones mixtos.](#)

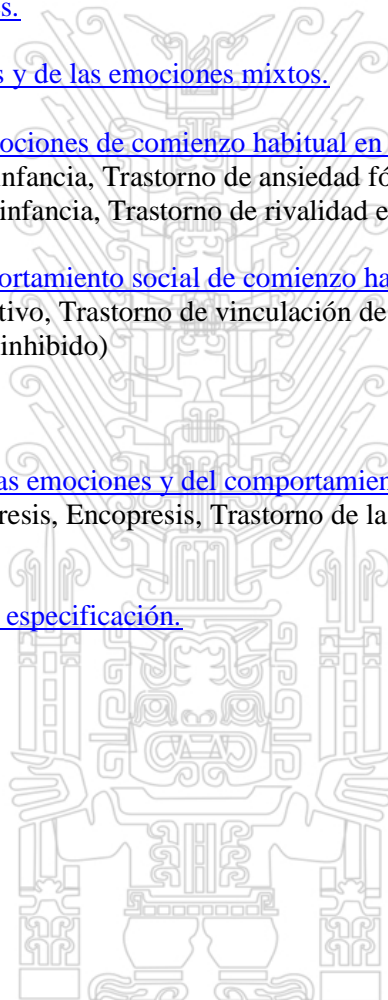
[F93 Trastornos de las emociones de comienzo habitual en la infancia.](#) (Trastorno de ansiedad de separación de la infancia, Trastorno de ansiedad fóbica de la infancia, Trastorno de hipersensibilidad social de la infancia, Trastorno de rivalidad entre hermanos).

[F94 Trastornos del comportamiento social de comienzo habitual en la infancia y adolescencia.](#) (Mutismo selectivo, Trastorno de vinculación de la infancia reactivo, Trastorno de vinculación de la infancia desinhibido)

[F95 Trastornos de tics.](#)

[F98 Otros trastornos de las emociones y del comportamiento de comienzo habitual en la infancia y adolescencia.](#) (Enuresis, Encopresis, Trastorno de la conducta alimentaria en la infancia, Pica.

[F99 Trastorno mental sin especificación.](#)



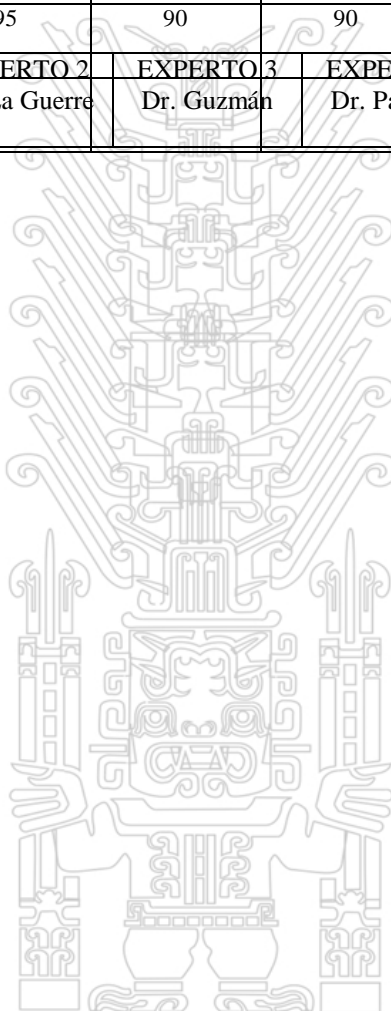
ANEXO 3

| CRITERIOS | EXPERTO 1 Dr. Salas | EXPERTO 2 Dr. La Guerre | EXPERTO 3 Gr. Guzmán | EXPERTO 4 Dr. Pacheco | EXPERTO 5 Dra. Pino | SUMATORIA |
|----------------|------------------------|----------------------------|-------------------------|--------------------------|------------------------|-----------|
| 1. CLARIDAD | 95 | 95 | 90 | 90 | 95 | 93 |
| 2. OBJETIVIDAD | 95 | 95 | 90 | 90 | 95 | 93 |
| 3. ACTUALIDAD | 95 | 95 | 90 | 90 | 95 | 93 |

PROYECTO: PERSONALIDAD Y TRASTORNO MENTAL EN LOS ACUSADOS POR DELITO DE PARRICIDIO EVALUADOS EN LA DIVISION DE EXAMENES CLINICO FORENSES DEL INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL

MATRIZ DE VALIDEZ DE JUICIO DE EXPERTOS
INSTRUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DE PERSONALIDAD EN ACUSADOS DE PARRICIDIO

| | | | | | | |
|------------------------------|------------------|---------------|------------|-------------|-----------|-----------|
| 4. ORGANIZACIÓN | 95 | 95 | 90 | 90 | 95 | 93 |
| 5. SUFICIENCIA | 95 | 95 | 90 | 90 | 95 | 93 |
| 6. INTENCIONALIDAD | 95 | 95 | 90 | 90 | 95 | 93 |
| 7. CONSISTENCIA | 95 | 95 | 90 | 90 | 95 | 93 |
| 8. COHERENCIA | 95 | 95 | 90 | 90 | 95 | 93 |
| 9. METODOLOGÍA | 95 | 95 | 90 | 90 | 95 | 93 |
| 10. PERTINENCIA | 95 | 95 | 90 | 90 | 95 | 93 |
| | EXPERT | EXPERTO 2 | EXPERTO 3 | EXPERTO 4 | EXPERTO 5 | SUMATORIA |
| CRITERIOS INDICE DE AIKEN | O 1 Dr. Salas | Dr. La Guerre | Dr. Guzmán | Dr. Pacheco | Dra. Pino | 93 % |



ANEXO 4

PROYECTO: PERSONALIDAD Y TRASTORNO MENTAL EN LOS ACUSADOS POR DELITO DE PARRICIDIO EVALUADOS EN LA DIVISION DE EXAMENES CLINICO FORENSES DEL INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL

MATRIZ DE VALIDEZ DE JUICIO DE EXPERTOS
INSTRUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DE TRASTORNO MENTAL EN ACUSADOS DE PARRICIDIO

Tesis publicada con autorización del autor
No olvide citar esta tesis

UNFV

| | | | | | | |
|--------------------|----|----|----|----|----|------|
| 1. CLARIDAD | 95 | 95 | 90 | 90 | 95 | 93 |
| 2. OBJETIVIDAD | 95 | 95 | 90 | 90 | 95 | 93 |
| 3. ACTUALIDAD | 95 | 95 | 90 | 90 | 95 | 93 |
| 4. ORGANIZACIÓN | 95 | 95 | 90 | 90 | 95 | 93 |
| 5. SUFICIENCIA | 95 | 95 | 90 | 90 | 95 | 93 |
| 6. INTENCIONALIDAD | 95 | 95 | 90 | 90 | 95 | 93 |
| 7. CONSISTENCIA | 95 | 95 | 90 | 90 | 95 | 93 |
| 8. COHERENCIA | 95 | 95 | 90 | 90 | 95 | 93 |
| 9. METODOLOGÍA | 95 | 95 | 90 | 90 | 95 | 93 |
| 10. PERTINENCIA | 95 | 95 | 90 | 90 | 95 | 93 |
| INDICE DE AIKEN | | | | | | 93 % |

