



Revista Colombiana de Psiquiatría

ISSN: 0034-7450

revista@psiquiatria.org.co

Asociación Colombiana de Psiquiatría
Colombia

Escobar-Echavarría, Juliana; Molina-Osorio, Sergio Ignacio; Restrepo-Bernal, Diana Patricia

Caracterización sociodemográfica, psiquiátrica y legal de pacientes inimputables de Colombia, 2000-2013

Revista Colombiana de Psiquiatría, vol. 46, núm. 2, abril-junio, 2017, pp. 82-87
Asociación Colombiana de Psiquiatría
Bogotá, D.C., Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80650840005>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

Artículo original

Caracterización sociodemográfica, psiquiátrica y legal de pacientes inimputables de Colombia, 2000-2013[☆]



Juliana Escobar-Echavarría^{a,*}, Sergio Ignacio Molina-Osorio^{a,b}
y Diana Patricia Restrepo-Bernal^a

^a Universidad CES, Medellín, Colombia

^b Clínica San Juan de Dios La Ceja, Antioquia, Medellín, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 29 de julio de 2015

Aceptado el 3 de mayo de 2016

On-line el 11 de junio de 2016

Palabras clave:

Crimen

Trastornos mentales

Comportamiento

Violencia

Defensa por insanía

RESUMEN

Introducción: La enfermedad mental se ha asociado con comportamientos violentos. En Colombia poco se ha estudiado la población de enfermos mentales con comportamiento criminal.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo a partir de fuente secundaria. Se analizaron variables sociodemográficas, clínicas y legales de 127 pacientes inimputables. Se realizó análisis descriptivo de las variables cuantitativas a través de medidas de tendencia central, y para las variables cualitativas se obtuvieron frecuencias y porcentajes. La información se analizó con el software SPSS® versión 21.0. La investigación fue aprobada por el Comité de Investigación de la Universidad CES.

Resultados: La mediana de edad fue 34 [intervalo intercuartílico, 19] años; el 92,1% eran varones. El diagnóstico principal fue esquizofrenia en el 63%. En el momento de cometer el crimen, el 66,9% consumía alcohol y el 58,3%, drogas. El 29,1% tenía antecedentes delictivos y el tipo de delito más frecuente (44,1%) fue el homicidio. El 50,3% de las víctimas tenían algún grado de consanguinidad con el paciente.

Discusión: En los sujetos del estudio había más analfabetismo y menor nivel educativo que en la población general carcelaria colombiana. La esquizofrenia fue el principal diagnóstico y el homicidio, el delito más prevalente, lo cual coincide con la literatura que refleja que los inimputables son responsables de un 5-20% de los casos de homicidio en el mundo.

Conclusiones: Disminuir la brecha para el diagnóstico y el tratamiento de los trastornos mentales, especialmente la esquizofrenia, estaría entre las acciones concretas para prevenir la violencia y la conducta criminal asociada a enfermedad mental.

© 2016 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

[☆] Este trabajo se inscribió bajo la modalidad de proyecto de investigación para concurso en el Congreso Latinoamericano de Psiquiatría (APAL), el cual se llevó a cabo en la ciudad de Cartagena de Indias, Colombia, el 26 de noviembre de 2014. Se inscribió además bajo la modalidad de póster en el mismo evento.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: Juli.oja85@yahoo.es (J. Escobar-Echavarría).
<http://dx.doi.org/10.1016/j.rkp.2016.05.003>

0034-7450/© 2016 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Socio-demographic, Psychiatric and Legal Characterization of Colombian Unimputable Patients, 2000-2013

A B S T R A C T

Keywords:

Crime
Mental disorders
Behavior
Violence
Insanity defence

Introduction: Mental illness has been associated with violent behaviour. Criminal behavior in the mentally ill population in Colombia has not been well studied.

Methods: This is a retrospective, descriptive study, from a secondary source. An analysis was made of the sociodemographic, clinical, and legal variables of 127 unfit to plead patients. A descriptive analysis of quantitative variables was performed by measures of central tendency, and frequencies and percentages were calculated for the qualitative variables. The software SPSS® version 21.0 was used to analyse the data, and the study was approved by the Research Committee of the CES University.

Results: The median age was 34 years, interquartile range 19 years, and 92.1% were men. The primary diagnosis was schizophrenia in 63%, 66.9% consumed alcohol, and 58.3% other drugs at the time they committed the crime. Almost one-third (29.1%) had a criminal record, and the most common type of crime was murder in 44.1% of cases. Around half (50.3%) of the victims had some degree of consanguinity with the patient.

Discussion: The study subjects had higher illiteracy and lower educational levels than the Colombian prison population. Schizophrenia was the main diagnosis, and homicide the most prevalent crime, which agrees with the literature where non-indictable patients are responsible for 5%-20% of murder cases worldwide.

Conclusions: To reduce the gap between the diagnosis and treatment of mental disorders, especially schizophrenia, should be within the specific actions to prevent violence and criminal behavior associated with mental illness.

© 2016 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

El comportamiento violento de individuos con enfermedad mental grave está reconocido desde la Antigüedad^{1,2} y es foco de atención tanto para el público general como para la comunidad académica. Si bien la enfermedad mental, particularmente la esquizofrenia, se ha asociado con mayor riesgo de comportamiento violento comparado con la población general, la mayoría de los individuos con enfermedad mental no son peligrosos³⁻⁵.

En Colombia, el Estudio Nacional de Salud Mental del año 2003 mostró una prevalencia de vida de cualquier trastorno mental del 36.4%, y en Medellín se encontró una prevalencia del 27%⁶. La enfermedad mental, además de violencia⁷, se ha asociado con numerosos desenlaces negativos, como mayor mortalidad por enfermedades generales y por suicidio, pobreza, marginación y estigmatización⁸⁻¹⁰. El riesgo de comportamiento violento en el enfermo mental se ha asociado a consumo de sustancias tóxicas, síntomas psicóticos, falta de adherencia al tratamiento y pobre conciencia de enfermedad mental^{11,12}. Cuando un delito se comete en el contexto de enfermedad mental que anule la capacidad para comprender la naturaleza y las consecuencias de los actos, se configura la inimputabilidad^{13,14}. El código penal colombiano excluye de responsabilidad legal a los inimputables por trastorno mental, pero plantea para estos pacientes medidas privativas y no privativas de la libertad. Entre las medidas privativas, se encuentra el aseguramiento en institución de salud mental o

clínica adecuada, donde se le brinde tratamiento psiquiátrico y contención^{15,16}.

En Colombia poco se ha estudiado a los enfermos mentales que cometen crímenes¹⁷. El objetivo de este estudio es caracterizar sociodemográfica, clínica y legalmente un grupo de pacientes inimputables con medida de aseguramiento en una institución psiquiátrica.

Métodos

Estudio observacional descriptivo retrospectivo, con fuente de información secundaria. Constituyeron la población de referencia los 117.528 reclusos que en 2013 estaban detenidos en 138 establecimientos de reclusión de Colombia. De estos, el 0.3% eran inimputables¹⁸. La muestra se conformó con la totalidad de los pacientes inimputables que ingresaron al Servicio de Psiquiatría de la Clínica San Juan de Dios de La Ceja, Antioquia, con la condición de inimputable entre diciembre de 2000 y diciembre de 2013; muchos de estos pacientes ya no se encuentran en la institución porque han cumplido el tiempo de la pena impuesta, se fugaron o fallecieron, porcentajes que se aclaran en el análisis descriptivo.

La Clínica San Juan de Dios es una institución privada ubicada en el departamento de Antioquia, al norte de Colombia, que presta servicios de psiquiatría al Instituto Nacional Penitenciario Colombiano (INPEC) para dar tratamiento a pacientes inimputables por enfermedad mental. La inimputabilidad de los pacientes ingresados en el periodo del estudio fue

determinada por un juez del sistema legal colombiano y los diagnósticos psiquiátricos se obtuvieron a través de entrevista clínica no estructurada realizada por psiquiatras clínicos, quienes siguieron criterios diagnósticos del Manual Estadístico y Diagnóstico (DSM)-IV-TR¹⁹.

Se incluyeron variables sociodemográficas (edad, sexo, escolaridad, estado civil, lugar de nacimiento y de procedencia), clínicas (diagnóstico psiquiátrico, comorbilidades médicas, tratamiento psiquiátricos, otros tratamientos médicos, uso de tóxicos) y legales (tipo de delito, antecedentes delictivos, reingreso como inimputable). Para todas las variables del estudio, se obtuvo la información requerida y la unidad de análisis fueron los pacientes inimputables. Uno de los psiquiatras investigadores que se desempeña como psiquiatra del Programa de Rehabilitación Integral (PRI) diseñó y construyó la base de datos. La descripción de las variables cualitativas se hizo con frecuencias absolutas y relativas, en tanto que para la edad se empleó la mediana [intervalo intercuartílico] debido a que la variable no tenía distribución normal. Si bien el estudio es descriptivo, se buscaron asociaciones entre el tipo de delito y las demás variables. Para esto se empleó la prueba de la χ^2 de independencia para comparar las variables.

Se exploró asociación mediante OR, considerando asociación estadística cuando $p < 0,05$ e intervalo de confianza del 95% (IC95%). Para el análisis de la información se utilizó el software SPSS® versión 21.0 (SPSS Inc.; Chicago, Illinois, Estados Unidos), licencia amparada por la Universidad CES. Este estudio está clasificado, de acuerdo con el artículo 11 de la resolución 008430/1993 del Ministerio de Salud, como una investigación «sin riesgo», al utilizar una fuente secundaria para obtener la información; los resultados fueron aprobados por el Comité PRI de la Clínica San Juan de Dios de la Ceja, Antioquia, que vela por la ética de las investigaciones realizadas en esta población. Además, el protocolo de investigación fue evaluado por el Comité de Investigaciones de la Universidad CES, que no solicitó la evaluación del Comité de Ética de la misma universidad por tratarse de una investigación con fuente de información secundaria.

Resultados

Análisis descriptivo

El análisis final incluyó a 127 pacientes inimputables. La mediana de edad fue 34 [19] años; sin embargo, había pacientes con una edad mínima de 17 años y máxima de 80, lo cual refleja la edad del primer brote psicótico y la estabilidad de los síntomas clínicos en el tiempo. Eran varones 117 pacientes (el 92,1% de la población de estudio); el restante 7,8% son las 10 mujeres incluidas en el estudio. El 40,15% de los pacientes habían nacido en un pueblo de Antioquia, lo que muestra un buen porcentaje de la población natural del área rural del departamento donde se realizó el estudio; el 27,5% eran naturales del área urbana de Antioquia, representada en Medellín, y también se encontró que el 30,7% de los pacientes habían nacido fuera de Antioquia; el 0,8% provenía del extranjero. En cuanto al lugar de residencia, la mayoría procedía de un pueblo de Antioquia (37,0%), y los demás, de Medellín (35,43%) y de fuera de Antioquia (27,55%). En el momento de cometer el

Tabla 1 – Caracterización sociodemográfica de pacientes inimputables de la Clínica San Juan de Dios, 2000-2013

Edad (años)	34 [19]
Varones	92,1
<i>Lugar de nacimiento</i>	
Pueblo de Antioquia	40,1
Fuera de Antioquia	30,7
Medellín	27,5
Extranjeros	0,8
<i>Lugar de residencia</i>	
Pueblo de Antioquia	37,0
Medellín	35,4
Fuera de Antioquia	27,5
<i>Zona de residencia</i>	
Urbana	54,3
Rural	45,6
<i>Estado civil</i>	
Soltero	78,7
Casado	7,1
Unión libre o separado	6,3
Viudo	1,6
<i>Nivel de escolaridad</i>	
Primaria incompleta	36,3
Bachillerato incompleto	19,6
Primaria y bachillerato completo	13,4
Analfabeta	12,6
Técnico y profesional	4,0
<i>Fecundidad</i>	
Con hijos	27,6
Sin hijos	72,4

Los valores expresan mediana [intervalo intercuartílico] o porcentaje.

delito, la mayoría de los pacientes (54,3%) residían en zona urbana. El nivel de educación más frecuente en este grupo de inimputables es la primaria incompleta (36,2%), y después el bachillerato incompleto (19,68%). Llama la atención que el 12,6% no tenía escolaridad alguna. La mayoría de los inimputables eran solteros (78,7%) y, en menor proporción, casados (7,1%), en unión libre y separados (6,3%) y viudos (1,6%) (tabla 1).

Variables clínicas

La inimputabilidad se determinó por esquizofrenia en el 53,5% de los casos. Los psiquiatras de la institución donde estaban asegurados verificaron el diagnóstico en el 63% de los pacientes. En segundo lugar se encontró el retardo mental (12,1%) (fig. 1).

El 92,9% de los pacientes recibieron tratamiento con antipsicóticos. Predominó el tratamiento con antipsicóticos típicos (81,3%). Además, el 35,4% de los pacientes recibieron antipsicóticos de depósito. Otros psicofármacos empleados fueron benzodiacepinas (19,7%), antidepresivos (14,3%) y antiepilepticos (3,8%). El 18,1% de los pacientes inimputables presentaban comorbilidades médicas generales. En cuanto al consumo de tóxicos, el 74,8% de los pacientes fumaban, el 66,9% consumía alcohol y el 58,3% consumía algún tipo de drogas antes de la hospitalización.

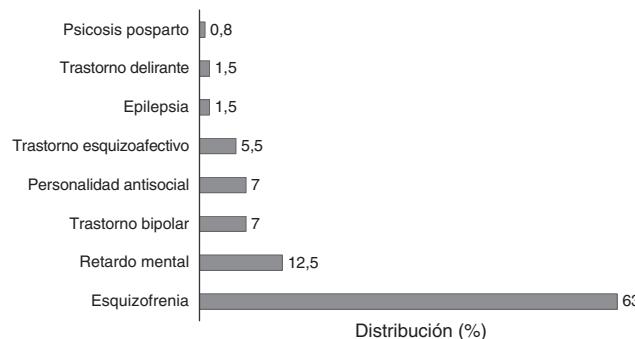


Figura 1 – Distribución porcentual de los diagnósticos clínicos de los pacientes inimputables.

Variables legales

El 29,1% de los inimputables tenían antecedentes delictivos. Sin embargo, cuando se discrimina según diagnóstico, se encuentra que el 55,5% de los pacientes antisociales tenían antecedentes delictivos, el 37,5% de los bipolares, el 29,6% de los esquizofrénicos, el 28,5% de aquellos con trastorno esquizoafectivo y el 18,7% con retardo mental; no tenían antecedentes delictivos los pacientes con trastorno delirante, psicosis posparto o epilepsia. El tipo de delito que llevó a la imposición de la medida de aseguramiento más prevalente en esta muestra de inimputables fue el homicidio (44,1%), seguido de las lesiones personales (15,0%) (tabla 2). El 50,3% de las víctimas tenían algún grado de consanguinidad con el paciente y el 19,6% eran personas a quienes el paciente ya conocía. La medida de aseguramiento mínima fue de 10 meses y la máxima, 40 años. Durante la medida de aseguramiento, el 4,7% de los pacientes se fugaron y un porcentaje igual reingresó como inimputable por reincidir en el delito. Solo 1 paciente falleció durante la hospitalización por motivos médicos no psiquiátricos.

Análisis bivariante

Si bien el objetivo principal del estudio no implicaba un análisis bivariante, se cruzaron algunas variables buscando asociación. Se recategorizó la variable «tipo de delito», se agrupó el «homicidio» con el «intento de homicidio» (conducta

Tabla 2 – Distribución de los pacientes inimputables según tipo de delito

Tipo de delito	%
Homicidio	44,1
Lesiones personales	15,0
Tentativa de homicidio	9,4
Hurto calificado	8,7
Violencia intrafamiliar	5,5
Abuso sexual con mayor de edad	5,5
Abuso sexual a menor	3,1
Daño en bien ajeno	2,4
Tráfico y fabricación de estupefacientes	2,4
Porte y tráfico de armas	2,4
Secuestro	1,6

Tabla 3 – Asociación entre conducta homicida y otras variables incluidas en el estudio

Variable	χ^2	OR (IC95%)	p
Sexo masculino	0,18	0,75 (0,20-2,80)	0,75
Edad <25 años	1,148	0,63 (0,27-1,46)	0,29
Zona rural	2,47	0,56 (0,28-1,15)	0,11
Escolaridad	0,22	0,83 (0,40-1,72)	0,63
analfabeta o menor que primaria			
No tener pareja	0,003	1,02 (0,37-2,86)	0,95
Tener antecedentes delictivos	5,17	0,40 (0,18-0,89)	0,02*
La víctima es un familiar o conocido	7,04	2,83 (1,29-6,20)	0,008*
Tener retardo mental	5,04	0,33 (0,12-0,89)	0,02*
Tener esquizofrenia	1,88	1,65 (0,80-3,38)	0,17

IC95%: intervalo de confianza del 95%; OR: odds ratio.

* Asociación significativa.

homicida) y se lo comparó con las demás variables del estudio. Solo se encontró asociación estadística con las variables: a) no tener antecedentes delictivos ($\chi^2 = 5,177$; OR = 0,40; IC95%, 0,18-0,89; p = 0,31), y b) que la víctima fuera una persona familiar o conocida ($\chi^2 = 7,046$; OR = 2,83; IC95%, 1,29-6,02; p = 0,01). Se agrupó la variable «victima es familiar o conocida» y se la comparó con «diagnóstico de esquizofrenia», «retardo mental» y «diagnóstico diferente de retardo mental y esquizofrenia», y se encontró que tener esquizofrenia es un factor de riesgo de que la víctima sea un familiar o conocido ($\chi^2 = 11,58$; OR = 3,81; IC95%, 1,73-8,41; p = 0,001). Tener retardo mental es un factor protector contra que la víctima sea familiar o conocido ($\chi^2 = 4,65$; OR = 0,36; IC95%, 0,14-0,93; p = 0,03). En las tablas 3 y 4 se presentan los resultados del análisis bivariante.

Discusión

Se caracterizó sociodemográfica, clínica y legalmente a 127 pacientes inimputables. El denominador común de los casos fue la simultaneidad del trastorno mental con la conducta criminal. El 51,8% del total de reclusos colombianos en el periodo del estudio tenían edades entre 30 y 44 años y el 93,1% eran varones, lo cual concuerda con lo encontrado en otro estudio¹⁸. En cuanto al nivel de escolaridad se encontró

Tabla 4 – Asociación entre parentesco con la víctima y otras variables incluidas en el estudio

Variable	χ^2	OR (IC95%)	p
Retardo mental	4,65	0,36 (0,14-0,93)	0,03*
Diagnóstico diferente de esquizofrenia y retardo mental	4,17	0,41 (0,17-0,97)	0,41

IC95%: intervalo de confianza del 95%; OR: odds ratio.

* Asociación significativa.

que entre los sujetos del estudio había 1,3 veces más analfabetismo y menor proporción de sujetos con educación básica primaria que lo reportado de la población carcelaria colombiana en el mismo periodo (el 5,4% de analfabetismo y el 58,3% con primaria completa).

En este estudio, el principal diagnóstico psiquiátrico es la esquizofrenia, lo cual contrasta con lo reportado en un metanálisis de 62 estudios que incluyó a 23.000 prisioneros generales no inimputables, en el que fue el trastorno de personalidad antisocial, con un 40-70% de los casos²⁰. La prevalencia de esquizofrenia se estima por debajo del 1% de la población general, pero los esquizofrénicos son los homicidas en un 5-20% de los casos de homicidio²¹⁻²⁵. Esta fuerte asociación entre esquizofrenia y homicidio concuerda con lo observado en este estudio, en el cual los esquizofrénicos cometieron la mayoría de los homicidios. La incidencia promedio de homicidio cometidos por personas con enfermedad mental grave se ha estimado en 0,13/100.000/año^{16,26}. Sin embargo, según Eronen et al²⁷, el riesgo de cometer un homicidio de los pacientes esquizofrénicos de ambos sexos fue 10 veces mayor que el de la población general, y el riesgo incrementaba 7 veces más cuando se le asociaba consumo de alcohol. En este estudio se encontró que 7 de cada 10 pacientes consumían licor en el momento del crimen, y la mayoría de los homicidas tenían esquizofrenia.

Otro vínculo estudiado entre enfermedad mental y criminalidad se relaciona con el hecho de que los sujetos esquizofrénicos muestren 3,8 veces más riesgo de tener antecedentes criminales por agresión a terceros²⁸. En los pacientes estudiados, se encontró que 1 de cada 3 esquizofrénicos tenía antecedentes delictivos.

Un estudio metanalítico realizado por Nielssen et al²⁹ en 2010 encontró que 4 de cada 10 homicidios cometidos por personas con trastornos psicóticos se cometieron antes de que el paciente recibiera tratamiento para la psicosis, y que la tasa de homicidios por pacientes psicóticos antes del tratamiento es aproximadamente 15 veces mayor que la tasa anual que se observa luego del tratamiento. En este estudio no se contaba con la información necesaria para establecer si los pacientes esquizofrénicos ya habían sido diagnosticados y tratados antes de cometer el delito.

Se ha establecido que en el mundo la edad a la cual aparece la esquizofrenia está en la franja de 17-35 años, con medianas de 22 a 23 años³⁰. La mediana de edad en el grupo de esquizofrénicos de este estudio fue 36 años y el 46,9% de los pacientes esquizofrénicos eran mayores de 35 años, lo que hace probable que no se los haya diagnosticado ni tratado hasta después de cometer el delito. Esta idea, además, se apoya en el hecho de que, en Colombia, la brecha en el tratamiento de los trastornos mentales es del 86,1%³¹, una de las más altas de América Latina y el Caribe.

En cuanto a los tipos de delito qué más ha cometido la población carcelaria de Colombia, se encuentran el hurto (18,2%) y el homicidio (16,8%), en tanto que en nuestro estudio los homicidios son casi la mitad de todos los delitos, seguidos de las lesiones personales.

La mayoría de las víctimas de los homicidios cometidos por pacientes con esquizofrenia eran familiares^{32,33}, lo cual coincide con lo encontrado en este estudio, en el cual tener esquizofrenia se asoció significativamente como factor de

riesgo de que la víctima de conducta homicida fuese un familiar o conocido, en tanto que tener retardo mental se comportó como un factor protector contra que la víctima fuese un familiar o conocido.

Finalmente, los hallazgos de este estudio deben considerarse a la luz de las siguientes limitaciones metodológicas. Primero, no se contaba con la suficiente información sociodemográfica, clínica y legal de los pacientes por varios motivos: a) los pacientes eran remitidos del sistema penal a la institución psiquiátrica con muy poca información; b) a pesar del tratamiento psiquiátrico, los pacientes aportaban escasa información clínica, y c) durante la hospitalización fueron escasas las visitas de familiares o amigos que aportaran información clínica relevante sobre los pacientes. Segundo, si bien realizaron los diagnósticos dos psiquiatras clínicos con amplia experiencia en el manejo de pacientes psiquiátricos hospitalarios, no se emplearon entrevistas estructuradas ni escalas de valoración para verificar los diagnósticos. A pesar de estas limitaciones, este estudio provee valiosa información socio-demográfica, clínica y legal de los pacientes inimputables de Colombia.

Conclusiones

Los resultados obtenidos en esta investigación no se alejan mucho de las caracterizaciones de pacientes inimputables que se han realizado en otros países, pero este tipo de estudios no permite extraer unas conclusiones generales frente a la prevalencia de los diagnósticos en los pacientes inimputables ni establecer comparaciones certeras con la población general o con la carcelaria, pues esta tampoco se ha estudiado en Colombia y sus características y condiciones basales son distintas que en poblaciones de otros países. Aún así, está claro que el presente estudio permite conocer un perfil en el que se evidencia que el paciente inimputable de la clínica San Juan de Dios de la Ceja es un varón adulto, joven, soltero, con bajo nivel escolar, consumidor de sustancias y con diagnóstico de esquizofrenia que comete el delito bajo la influencia de síntomas psicóticos y, si recibe tratamiento, logra estabilidad de síntomas; la mayoría de los pacientes no reinciden en el delito y las víctimas principales del acto cometido son sus familiares. Estas descripciones coinciden en términos generales con los análisis y las impresiones clínicas de los psiquiatras, quienes se inclinan por pensar que los pacientes psicóticos son los que presentan mayor riesgo de agredir a terceros. Son necesarios, entonces, nuevos estudios que abarquen a los pacientes carcelarios en Colombia y no solo a los que llegan a los servicios de inimputables. Podríamos pensar, pues, que disminuir la brecha en el diagnóstico y el tratamiento de los trastornos mentales estaría entre las acciones concretas para prevenir la violencia asociada a enfermedad mental.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflictos de intereses

Ninguno.

Agradecimientos

A la Clínica San Juan de Dios de la Ceja Antioquia y a la universidad CES.

BIBLIOGRAFÍA

- Muñoz M, Pérez Santos E, Crespo M, Guillén AI. Estigma y enfermedad mental: Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental. 1.ª ed. Madrid: Complutense; 1978.
- Fornaro M, Clementi N. Medicine and psychiatry in Western culture: among ancient Greek myths and modern prejudices. *Med Secoli.* 2009;21:1105-22.
- Fazel S, Langstrom N, Hjern A, Grann M, Lichtenstein P. Schizophrenia, substance abuse, and violent crime. *JAMA.* 2009;301:2016-23.
- Walsh E, Buchanan A, Fahy T. Violence and schizophrenia. Examining the evidence. *Br J Psychiatry.* 2002;180:490-5.
- Fazel S, Gulati G, Linsell L, Geddes JR, Grann M. Schizophrenia and violence: systematic review and meta-analysis. *PLoS Med.* 2009;6:e1000120.
- Primer estudio poblacional de Salud Mental Medellín 2011-2012. Medellín: Universidad CES, Secretaría de Salud de Medellín; 2012.
- Witt K, Van Dorn R, Fazel S. Risk factors for violence in psychosis: systematic review and meta-regression analysis of 110 studies. *PLoS Med.* 2013;8:1-15.
- Metzner J, Dvoskin J. Visión general de la psiquiatría penitenciaria. *Psychiatr Clin N Am.* 2006;29(3):761-72.
- Informe sobre la salud en el mundo — salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2001. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2001/en/whr01.es.pdf>
- Collins PY, Patel V. Grand challenges in global mental health. *Nature.* 2011;475:27-30.
- Swanson JW, Estroff SE, Swartz MS, Borum R, Lachicotte W, Zimmer C, et al. Violence and severe mental disorder in clinical and community populations: the effects of psychotic symptoms, comorbidity, and lack of treatment. *Psychiatry.* 1997;60:1-22.
- Van Dorn R, Volavka J, Johnson N. Mental disorder and violence: is there a relationship beyond substance use. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2012;47:487-503.
- Tiffon Nonis B-N. El agresor sistemático. Libro de Resúmenes IV Congreso de Psicología Jurídica y Forense. Murcia; 2008. p. 115.
- Calabuig G. Medicina legal y toxicología. 6.ª ed. Barcelona: Masson; 2000.
- Oviedo Pinto ML. Evolución del concepto de imputabilidad en Colombia. *Via Luris.* 6, 52-68.
- Senado de la República Código Penal Colombiano: Ley 599. 2000.
- De la Espriella R. Historias de mujeres filicidas inimputables por enfermedad mental. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2006;35:218-326.
- Informe estadístico: Instituto nacional penitenciario y carcelario. Bogotá: Ministerio de Justicia; 2013.
- First MB. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales. Barcelona: Masson; 2001.
- Fazel S, Danesh J. Serious mental disorder in 23000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *Lancet.* 2002;359:545-50.
- Fazel S, Grann M. Psychiatric morbidity among homicide offenders: a Swedish population study. *Am J Psychiatry.* 2004;161:2129-31.
- Large M, Smith G, Nielssen O. The epidemiology of homicide followed by suicide: a systematic and quantitative review. *Am Assoc Suicidol.* 2009;39:294-306.
- Coid J. The epidemiology of abnormal homicide and murder followed by suicide. *Psychol Med.* 1983;13:855-60.
- Wallace C, Mullen P, Burgess P, Palmer S, Ruschena D, Browne C. Serious criminal offending and mental disorder: case linkage study. *Br J Psychiatry.* 1998;172:477-84.
- Shaw J, Amos T, Hunt I. Mental illness in people who kill strangers: longitudinal study and national clinical survey. *BMJ.* 2004;328:734-7.
- Large M, Smith G, Swinson N, Nielssen O. Homicide due to mental disorder in England and Wales over 50 years. *Br J Psychiatry.* 2008;193:130-3.
- Eronen M, Tiihonen J, Hakola P. Schizophrenia an homicidal behavior. *Schiz Bull.* 1996;22:83-9.
- Wessely SC, Castle D, Douglas AJ, Taylor PJ. The criminal careers of incident cases of schizophrenia. *Psychol Med.* 1994;24:483-502.
- Large M, Nielssen O. Rates of homicide during the first episode of psychosis and after treatment: a systematic review and meta-analysis. *Schiz Bull.* 2010;36:702-12.
- Kessler RC, Amminger GP, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Lee S, Ustun B. Age of onset of mental disorders: A review of recent literature. *Curr Opin Psychiatry.* 2007;20:359-64.
- Kohn R, Levav I, De Almeida JM, Vicente B, Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, et al. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Pan Am J Public Health.* 2005;18:229-40.
- Meehan J, Hunt IM. Perpetrators of homicide with schizophrenia: a national clinical survey in England and Wales. *Psychiatric Serv.* 2006;57:1648-51.
- Appleby L, Shaw J. Avoidable deaths: five year report of the national confidential inquiry into suicide and homicide by people with mental illness [Internet]. Manchester: University of Manchester; 2006. Disponible en: http://www.medicine.manchester.ac.uk/suicideprevention/nci/Useful/avoidable_deaths_full_report.pdf