

## Trastornos mentales y homicidio

### Mental disorders and homicide

Caridad Xiomara Padrón Galarraga,<sup>I</sup> Teresita García Pérez<sup>II</sup>

<sup>I</sup> Instituto de Medicina Legal. La Habana, Cuba.

<sup>II</sup> Hospital Joaquín Albarrán. La Habana, Cuba.

---

#### RESUMEN

**Introducción:** El delito de homicidio es uno de los más graves y perjudiciales a la sociedad; es la forma más extrema de expresión y resolución de los conflictos sociales entre las personas y los colectivos. En la historia del ser humano, la existencia de trastornos mentales en los protagonistas de la violencia social, en especial del homicidio, ha sido una realidad constante, en algunos casos magnificada, aunque determinadas entidades, como el Trastorno de la Personalidad Antisocial, han demostrado tener una significación estadística en aquellos homicidios que se apegan más a patrones de violencia instrumental o predatoria.

**Objetivo:** Caracterizar psicopatológicamente a los autores de homicidios acaecidos en La Habana que fueron peritados en el período 2011- 2013.

**Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo de todos los expedientes de los acusados autores del delito de homicidio peritados por el Departamento de Peritación Mental del Instituto de Medicina Legal durante el período 2011- 2013.

**Conclusiones:** Existen características psicopatológicas de los homicidas que los clasifican como personalidades patológicas de tipo antisocial y orgánica, al igual que consumidores perjudiciales de alcohol, lo cual justifica el patrón de violencia instrumental, las incitaciones interpersonales unido a un patrón de violencia reactiva, y a comportamientos no planificados, que salen de su control, por las dificultades que presentan para contener sus impulsos. En pocos casos son portadores de verdaderas enfermedades psiquiátricas.

**Palabras clave:** Violencia; homicidio; asesinato; peritación medicolegal; trastorno mental; psicopatía; conducta disocial.

## ABSTRACT

**Introduction:** The crime of homicide is one of the most serious and harmful to any society. It is the most extreme form of expression and resolution of social conflicts between people and groups. In the history of the human beings, the existence of mental disorders in the protagonists of social violence, especially murdering, has been a constant reality, in some cases magnified, although certain entities, such as the antisocial personality disorder, have been shown to have a statistical significance in those homicides that are more attached to patterns of instrumental or predatory violence.

**Objective:** To characterize psycho-pathologically the authors of homicides that occurred in Havana and were reported in the period 2011-2013.

**Methods:** A descriptive, cross-sectional and retrospective study was conducted with all the files of the perpetrators prosecuted for the crime of homicide reported by the Department of Mental Perception of the Institute of Legal Medicine during the period 2011-2013.

**Conclusions:** There are psycho-pathological characteristics of homicides that classify them as with pathological personalities of antisocial and organic type, as well as harmful consumers of alcohol, which justifies the pattern of instrumental violence, interpersonal incitements together with a pattern of reactive violence, and behaviors unplanned, out of control, by the difficulties they present to restrain their impulses. In a few cases, they are carriers of true psychiatric illnesses.

**Keywords:** violence; homicide; murder; medical-legal report; mental disorder; psychopathy; dissocial behavior.

---

## INTRODUCCIÓN

El homicidio constituye uno de los indicadores más completos, comparables y precisos para medir la violencia. Los datos sobre homicidio constituyen una herramienta importante para monitorear la seguridad y la justicia, ayudan a que la comunidad internacional comprenda mejor la complejidad del homicidio y sus diferentes efectos, permitiendo así que los gobiernos desarrollen estrategias y políticas públicas que protejan a quienes están en mayor riesgo y presten atención a los individuos que tienen más probabilidad de delinquir.<sup>1</sup>

Dar muerte a otro es un acto de agresión que implica un daño irreparable, pues la víctima del mismo deja de existir; considerándose la vida como el primero y más fundamental de los derechos que adquiere el hombre por el solo hecho de serlo, sobre el cual reposan los demás derechos. Su estudio ha proporcionado a muchas ramas del conocimiento elementos explicativos sobre la forma en que ocurre este fenómeno.

La asociación entre homicidio y enfermedad mental ha sido un tema a debate en el campo de la Psiquiatría y la Criminología durante décadas. Algunos estudios hablan de una leve asociación entre homicidas y cualquier tipo de psicosis, sin embargo, esta visión ha sido rebatida de manera constante en la literatura.

Existe un consenso en el cual el riesgo de ejecutar un homicidio es mucho mayor en personas con problemas de uso, abuso y dependencia de alcohol y otros tóxicos que en cualquier otro tipo de enfermedad mental; además, de determinados rasgos de personalidad que predisponen a la violencia, especialmente la de tipo predatoria o instrumental, como el Trastorno de la Personalidad Antisocial (TPA) o la psicopatía.

En consecuencia, con tales planteamientos, se propone como objetivo: Caracterizar psicopatológicamente a los autores de homicidios acaecidos en La Habana que fueron peritados en el período 2011- 2013.

El pensamiento científico actual incursiona en el desarrollo de los denominados modelos neurocognitivos, que tratan de explicar las bases biológicas del homicidio como forma de expresión de la violencia humana y dentro de ella la neurobiología de un subgrupo homogéneo conformado por los psicópatas, intentando ofrecer una visión global e integradora de los distintos factores que pueden contribuir al desarrollo de la misma. Así, se habla del modelo de disfunción del lóbulo frontal, donde las regiones implicadas en el mismo son las prefrontales, ventrolaterales y orbitales; el modelo de déficit en la modulación del conjunto de respuesta, que está muy vinculado a los procesos de atención y la disfunción; el modelo de disfunción del miedo, el cual surge un importante rol a la amígdala cerebral y enfatiza el papel del miedo en la socialización; el modelo de inhibición de la violencia, que considera que la amígdala cerebral es la estructura afectada y focaliza en la importancia de la empatía o la capacidad de ser sensible a los sentimientos, pensamientos y experiencias de otra persona.<sup>2-4</sup>

Estos modelos, de manera general, abordan el vínculo entre los déficits funcionales en el sistema nervioso central y el comportamiento violento humano, puntualizando en el funcionamiento del lóbulo frontal y su papel en la inhibición de la conducta, la memoria operativa y la atención y sus nexos con el incremento del riesgo para la agresión de tipo reactiva. La amígdala cerebral es la otra región sobre la cual se focalizan estas teorías, explicando su disfunción en la pérdida de las habilidades para la formación de asociaciones estímulo-refuerzo y su papel en el desarrollo de la empatía.

Los protagonistas de la violencia social y del homicidio en particular, no suelen ser propiamente enfermos mentales, sino más bien en su mayoría individuos con Trastorno de la Personalidad Antisocial (TPA) y en algunas situaciones constituyen verdaderos psicópatas, ambos manifiestan una clara inadaptación social y agresividad, en el TPA se concede mayor importancia a las conductas delictivas y antisociales, mientras que en la psicopatía la principal alteración está centrada en la personalidad del individuo.<sup>5</sup>

Si bien la sociopatía es más común entre los hombres que en las mujeres, no existen barreras de ninguna clase para padecerlo. Para ser diagnosticado, la persona debe tener al menos 18 años de edad, aunque se estima que los síntomas y características vienen desarrollándose desde la adolescencia con un curso crónico, pero sus manifestaciones pueden atenuarse sobre la cuarta década de la vida.<sup>6,7</sup>

*Toro Trallero*, jefe del Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil del Hospital Clínico de Barcelona, al hablar de trastorno disocial, manifiesta que "se trata de un trastorno de conducta que conlleva ciertas irregularidades de carácter asocial y en contra de las normas establecidas en el comportamiento del niño, lo cual, en muchos casos, raya en la delincuencia".

En cuanto a los factores que condicionan su aparición, expresa que se debe a una convergencia de influencias socioculturales, socioeconómicas, un entorno familiar desestructurado y violento, así como por disposiciones biológicas. Los niños y jóvenes afectados por la misma se caracterizan por lo que se denomina "hambre de estímulos", que implica ponerse en situaciones de alto riesgo con facilidad sin prever las consecuencias.<sup>8</sup>

Asociados a este trastorno, se han identificado elementos como la destructividad y la desobediencia en el hogar. Por otro lado, la diversidad de sexo es también un factor que influye en las conductas antisociales según la etapa del desarrollo. Otros factores influyentes en el desarrollo de la disocialidad son: el contexto familiar, las condiciones ambientales y los medios tecnológicos.<sup>9,10</sup>

Entre las características más comunes del TPA que pueden explicar conductas criminales de la gravedad del homicidio, se encuentran la ausencia de empatía y remordimiento, una visión distorsionada de la autoestima, una constante búsqueda de nuevas sensaciones que pueden llegar a extremos insólitos, la falta de preocupación por las consecuencias. El egocentrismo, la megalomanía, la falta de responsabilidad, la extroversión, el exceso de hedonismo, altos niveles de impulsividad, o la motivación por experimentar sensaciones de control y poder.<sup>11,12</sup>

Entre las entidades que la literatura relaciona de manera significativa con hechos criminales violentos como el homicidio, encontramos los trastornos asociados al consumo de sustancias, pero, a diferencia de los crímenes cometidos por los psicópatas antisociales, que esencialmente responden a un patrón de respuesta violenta predatoria o instrumental, un medio para un fin, en los alcohólicos y otros toxicómanos, la violencia suele ser reactiva o emocional, por lo general precedida por un altercado, en medio del cual el sujeto bajo influencia del tóxico, carece del control de impulsos necesario para evitar el paso al acto, aún ante situaciones que luego parecen intrascendentes, pues neurobiológicamente funciona a nivel subcortical, con bloqueo de la corteza frontal.<sup>13,14</sup>

Otros trastornos caracterológicos, de base orgánica, con similar sustento, centrado en la existencia de un daño, en este caso permanente, de la corteza frontal y/o temporal, han sido asociados al comportamiento violento de tipo reactivo, mucho más si se detecta comorbilidad con el consumo de sustancias, y de igual manera comparten un trastorno amnésico o el recuerdo fragmentario de los hechos.<sup>15</sup>

En el caso de las psicosis, han sido la esquizofrenia, en su forma clínica paranoide, el trastorno afectivo bipolar, en su fase maníaca y las psicosis orgánica, especialmente la asociada a epilepsia las más citadas en asociación con crímenes violentos, pero en estos casos el patrón de respuesta violenta puede ser instrumental, pero de base delirante, se planifica cuidadosamente el hecho, sobre la base de la certeza de que la víctima constituye una amenaza para su seguridad, para su vida o la de su familia.<sup>16-18</sup>

En los pacientes epilépticos puede desencadenarse el acto sin una vivencia amenazante clara, como parte de una descarga procedente de la zona dañada, siendo acompañado de manifestaciones autonómicas aparatosas y seguido por una amnesia total del episodio, es decir, no comportan el patrón de respuesta de las psicosis, incluida la epiléptica, en el cual se elabora el crimen, resulta inexplicable incluso para el enfermo, una vez recuperado de la crisis.<sup>19,20</sup>

## MÉTODOS

Se trata de un estudio descriptivo, retrospectivo, basado en la revisión de todos los expedientes de los casos peritados por el delito de homicidio en el Instituto de Medicina Legal durante el período 2011- 2013.

El universo de estudio quedó constituido por 149 homicidas que cumplieron con los criterios de inclusión diseñados para este estudio: Homicidas a los cuales se les realizó el peritaje psiquiátrico forense.

Para la recogida de información de los homicidas peritados, se utilizaron los expedientes médico legales realizados por la Comisión de Psiquiatría Forense de La Habana, por lo que el estudio se sustenta en una exploración retrospectiva e indirecta.

Entre las variables exploradas en la misma se destacan: edad, sexo, escolaridad, ocupación, diagnóstico nosográfico, interpretación psiquiátrico-forense del mismo y patrón de violencia al que se ajustaba cada caso.

## RESULTADOS

Como se puede apreciar en la [tabla 1](#), predominaron los homicidios cometidos por hombres, así como las edades más productivas de la vida, tanto en hombres como en mujeres, llamando la atención que, si bien el grupo etario más representado es el de 25 a 34 años, con alrededor de la tercera parte de todos los homicidas, los menores de 25 años representaron más de la cuarta parte.

**Tabla 1.** Comportamiento de los agresores según sexo y grupo etario

Edad	Sexo					
	Masculino N=133		Femenino N=16		Total N=149	
	No	%	NO	%	No	%
16- 24	36	27,06	4	25	40	26,8
25-34	43	32,33	4	25	47	31,5
35-44	27	20,30	6	37,5	33	22,14
45-54	19	14,28	2	12,5	21	14,09
55-64	6	4,5	0	0	6	4,02
65-74	1	0,75	0	0	1	0,67
75 y +	1	0,75	0	0	1	0,67

*Fuente:* Peritaje Psiquiátrico Forense.

Como se puede apreciar en la [tabla 2](#), predominaron los homicidas con nivel de escolaridad secundaria, representando casi la mitad de los casos.

Como diagnósticos nosográficos predominaron el trastorno de personalidad antisocial y el consumo perjudicial de alcohol, con más de la tercera parte y cerca de la quinta parte de los casos, respectivamente, y seguidos del trastorno orgánico de personalidad ([tabla 3](#)).

**Tabla 2.** Comportamiento de los agresores según escolaridad

Escolaridad	Sexo				Total=149	
	Femenino N=16		Masculino N=133		No	%
	No	%	No	%		
Primaria	1	6,25	24	18,04	25	16,77
Secundaria	8	50	66	49,62	74	49,66
Preuniversitario	5	31,25	32	24,06	37	27,81
Universitario	5	31,25	7	5,26	12	8,05
Analfabeto	0	0	1	0,75	1	0,67

Fuente: Peritaje Psiquiátrico Forense.

**Tabla 3.** Diagnóstico del peritaje psiquiátrico forense

Diagnóstico	Total	%
Trastorno de la personalidad antisocial	55	36,9
Consumo perjudicial de alcohol	29	19,46
Trastorno de personalidad orgánico	16	10,73
Trastorno de la personalidad disocial en base orgánica	12	8,05
Esquizofrenia paranoide en brote	6	4,02
Retraso Mental	4	2,68
Otros trastornos de la personalidad	3	2,01
Sin patología psiquiátrica manifiesta	24	16,10
Total	149	100

Fuente: Peritaje Psiquiátrico Forense

En cuanto a la interpretación penal que los peritos actuantes dieron a la presencia de determinadas alteraciones psicopatológicas presentes al momento del crimen, consecuentemente con el predominio de homicidas con trastornos de la personalidad, prevalecieron aquellos que poseían plena facultad para comprender el alcance de su acción y dirigir su conducta ([tabla 4](#)).

**Tabla 4.** Interpretación penal del diagnóstico Psiquiátrico Forense

Peritaje psiquiátrico		Total	%
interpretación penal	normal	135	90,6
	disminuido	1	0,67
	sustancialmente disminuido	4	2,68
	carente	9	6,04
Total		149	100

Fuente: Peritaje Psiquiátrico Forense.

En la [tabla 5](#) aparecen las motivaciones relacionadas con los patrones del comportamiento violento siendo la más frecuente los celos con el patrón reactivo y la menos el conflicto de pareja homosexual.

**Tabla 5.** Distribución según patrones de comportamiento violento y motivaciones del homicida

Motivación	Patrón de Violencia					
	Reactiva		Instrumental		Total	
	No	%	No	%	No	%
Conflicto familiar	13	8,7	2	1,3	15	10,06
Conflicto interpersonal	12	8,05	0	0	12	8,05
Conflicto de pareja heterosexual	3	2,01	0	0	3	2,01
Conflicto de pareja homosexual	1	0,67	0	0	1	0,67
Celos	18	12	0	0	18	12
Ajuste de cuentas	0	0	5	3,35	5	3,35
Cobro de deudas	0	0	9	6,04	9	6,04
Venganza	10	6,7	5	3,35	15	10,06
Robo	0	0	22	14,76	22	14,76
Machismo	17	11,4	1	0,67	18	12
Controlar víctima de asalto sexual	0	0	2	1,34	2	1,34
Responder a su grupo disocial	0	0	4	2,68	4	2,68
Defensa propia o de familiar	12	8,05	0	0	12	8,05
Psicopatológico	7	4,69	2	1,34	9	6,04
Utilitario	0	0	4	2,68	4	2,68
<b>Total</b>	<b>93</b>	<b>62,4</b>	<b>56</b>	<b>37,5</b>	<b>149</b>	<b>100</b>

Fuente: Peritaje Psiquiátrico Forense.

## DISCUSIÓN

En coincidencia con la literatura revisada, la violencia extrema ejecutada por personas aún adolescentes constituye una preocupación a nivel internacional.<sup>21-23</sup>

Aunque la literatura revisada relaciona los crímenes violentos en general y los homicidios en particular, a clases sociales bajas, con pobre instrucción, en este estudio, esta variable se comporta en consonancia con los niveles promedio de escolaridad en el país, mereciendo comentario la presencia de 12 universitarios entre los homicidas peritados.

Coincidimos con otros estudios revisados, en estudios clínicos no forenses, que buscan proveer recursos para el control del comportamiento violento con el objetivo de evitar que sujetos con determinadas alteraciones caracterológicas lleguen a cometer actos de violencia que puedan llegar incluso hasta el homicidio, se ha encontrado este diagnóstico de trastorno orgánico de personalidad como predominante.<sup>22</sup>

También en coincidencia con investigaciones internacionales, se encontró baja representación de enfermedades de nivel psicótico, de hecho, solo 6 esquizofrénicos, en los cuales aparecieron tanto patrones de violencia reactiva como instrumental, sobre la base de motivaciones psicopatológicas que sustentaron en todos los casos el dictamen de carencia de facultad para comprender el alcance de su acción y dirigir su conducta.<sup>16</sup> En aquellos casos que carecían de la misma se les recomendó a las autoridades competentes la pertinencia del aseguramiento postdelictivo, dada la peligrosidad que comportaban.

Las motivaciones propias de los sujetos con una personalidad antisocial, como el garantizar llevar a buen término un robo, neutralizar las defensas de una víctima de abuso sexual o ajustar cuentas con personas por lo general dentro de subculturas violentas, se corresponden con un patrón de violencia instrumental, como habíamos hipotetizado al inicio del estudio, al respecto numerosas investigaciones dan sustento a esta asociación.<sup>23-25</sup>

El patrón de violencia reactiva se corresponde con las motivaciones que con un carácter de inmediatez mueven la conducta tanto de sujetos con patrones de consumo perjudicial de alcohol como con la de aquellos que poseen un daño orgánico demostrable en pruebas neuropsicológicas y en estudios electrofisiológicos, donde no existe la planificación, y la falta de control de impulsos juega un papel protagónico. Al respecto, en los últimos 20 años se han acumulado evidencias desde las neurociencias, acerca de la coincidencia comportamental entre sujetos con historia de traumatismos o insultos al Sistema Nervioso Central y sujetos expuestos a un consumo excesivo habitual de alcohol.<sup>26,27</sup>

En estudios clínicos, no forenses, en La Habana, se han encontrado en pacientes violentos, con clinimetría demostrativa de dificultades importantes en el control de impulsos, patrones electrofisiológicos predominantemente paroxísticos, en regiones frontales y temporales, explicando las alteraciones del comportamiento, que de no recibir tratamiento oportuno y apropiado, pueden llegar a ingresar en las estadísticas forenses, bien como victimarios, bien como víctimas.<sup>28</sup>

En conclusión, los victimarios del homicidio, como expresión máxima de la violencia, psicopatológicamente se caracterizaron por ser individuos con trastornos antisocial y orgánico de la personalidad; además de consumidores perjudiciales de alcohol; provocando que se movieran motivaciones compatibles con un patrón de violencia instrumental. En pocos casos eran portadores de verdaderas enfermedades psiquiátricas; lo que anula lo planteado a través de los años, de que los autores del homicidio suelen ser habitualmente enfermos mentales. Realmente son personas incapaces de adoptar normas de convivencia adecuadas al medio sociocultural en el que se desarrollan, con escasos valores morales y éticos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cómo es vivir en el país con más y menos homicidios del mundo. 2014 [acceso Nov 2015]. Disponible en: [http://www.bbc.com/mundo/noticias/2014/04/140409\\_america\\_latina\\_homicidios\\_chile\\_honduras\\_vh](http://www.bbc.com/mundo/noticias/2014/04/140409_america_latina_homicidios_chile_honduras_vh)
2. Raine A. Annotation. The role of prefrontal deficits, low automatic arousal, and early health factors in development of antisocial and aggressive behavior. *J Child Psychol Psychiatr.* 2012; 43: 417-34.

3. Davidson RJ, Putnam KM, Larson CL. Dysfunction in the neural circuitry of emotion regulation- A possible prelude to violence. *Science*. 2009;289:591-594.
4. Gómez C. Factores asociados a la violencia: revisión y posibilidades de abordaje. *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología*. 2014;7(1):115-124.
5. Psicópatas integrados/sublínicos en las relaciones de pareja: perfil, maltrato psicológico y factores de riesgo. 2011 [acceso Jul 2014]. Disponible en: [http://www.psiquiatria.com/articulos/tr\\_personalidad\\_y\\_habitos/trastorno\\_antisocial\\_de\\_la\\_personalidadpsicopatica/58878/](http://www.psiquiatria.com/articulos/tr_personalidad_y_habitos/trastorno_antisocial_de_la_personalidadpsicopatica/58878/)
6. López -Miguel MJ, Nuñez Gaiton MC. Psicopatía versus trastorno antisocial de la Personalidad. *Revista Española de Investigación Criminológica*. 2009;7:1-17.
7. Pozueco RJM, Romero GSL, Casas BN. Psicopatía, violencia y criminalidad: un análisis psicológico-forense, psiquiátrico-legal y criminológico (Parte II). *Cuaderno de Medicina Forense* 2011;17(3):173-178.
8. Qiang Fu, Andrew Heathl C, Kathleen Bucholz K. Riesgo genético compartido de depresión mayor, dependencia al alcohol y a la marihuana. Contribución del trastorno antisocial de la personalidad en hombres. 2013 [acceso Jul 2015]. Disponible en: [http://www.psiquiatria.com/articulos/tr\\_personalidad\\_y\\_habitos/trastorno\\_antisocial\\_de\\_la\\_personalidad\\_psicopatica/10130/](http://www.psiquiatria.com/articulos/tr_personalidad_y_habitos/trastorno_antisocial_de_la_personalidad_psicopatica/10130/)
9. Atenciano JB. Menores Expuestos a violencia contra la pareja: Notas para una Práctica Clínica basada en la evidencia. *Clínica y Salud*. 2011;20(3):261-72.
10. Castella Montserrat R, Sanchez-Carbonell X, Graner Carla J, Beranuy Fargues Marta. El adolescente ante las tecnologías de la información y la comunicación: internet, móvil y videojuegos. *Papeles del Psicólogo*. 2012[acceso Mar 2015];28(3):196-204. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/778/77828306.pdf>
11. Simone E. Trastorno antisocial de la personalidad. *Mente y Cerebro*. 2011;43:34-40.
12. Grossman S, Millon C, Meagher S. 2da ed. Trastornos de la personalidad en la vida moderna. Barcelona: Masson & Elsevier; 2006.
13. Organización Panamericana de la Salud. Política para la reducción de la violencia relacionada con el alcohol en los jóvenes. Un enfoque ambiental. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Washington, D.C: OPS; 2008.
14. Penado Abilleira M. Agresividad reactiva y proactiva en adolescentes: efecto de los factores individuales y socio-contextuales [tesis]. Madrid: Facultad de Psicología, Universidad Complutense; 2012.
15. García Pérez T, Faure Vidal A. Caracterización de los pacientes con comportamiento violento en el Hospital "Joaquín Albarrán". *Rev. Hosp. Psiquiátrico de La Habana*. 2012;9(2):42-47.
16. González Parra S, Molina J, Blasco-Fontecilla H, Mora- Mínguez F, Pascual- Pinazo F. Violencia asociada con los trastornos esquizofrénicos. *Archivos de Psiquiatria*. 2008;71(2-4):109.

17. Braverman P, Egerter S, Williams DR. The social determinants of health: Coming of age. *Annual Review of Public Health*. 2011; 32(3): 3-18.
18. Valdés King M. Caracterización del comportamiento violento en enfermos mentales. *TTR en Psiquiatría*. La Habana: FCM Victoria de Girón; 2014.
19. Dajas F. El cerebro violento. Sobre la psicobiología de la violencia y los comportamientos agresivos. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*. 2010; 74(1): 22-37.
20. Díaz Galván KX, Ostrosky F. Desempeño Neuropsicológico Prefrontal en Sujetos Violentos de la Población General. *Acta de Investigación Psicológica*. 2012; 2(1): 555-67.
21. Vázquez Barbosa S. Trastornos de la personalidad y conducta delictiva. Informe Instituto de Ciencias Forenses y de la Seguridad. Madrid: Universidad Autónoma; 2012.
22. Crespo Núñez de la Torre M. Caracterización sociopsicológica de sujetos violentos atendidos en la Casa de Orientación a la Mujer y la Familia de Plaza de la Revolución entre el 2013 y 2014. *TTR en la especialidad de Psiquiatría*. La Habana: FCM Salvador Allende; 2015.
23. Siever LJ. Neurobiology of aggression and violence. *Am J Psychiatry*. 2008; 165: 429-41.
24. Raine A. Psicopatía, violencia y neuroimagen. En: Raine A, Sanmartín J, eds. *Violencia y psicopatía*. Barcelona: Ariel; 2002. p.59-88.
25. Calzada Reyes A. Evaluación electrofisiológica y morfométrica en reos violentos con trastorno de personalidad antisocial y psicopatía [tesis]. La Habana: Centro de Neurociencias de Cuba; 2014.
26. Esbec E, Echeburúa E. Violencia y trastornos de la personalidad: Implicaciones clínicas y forenses. *Actas Especiales de Psiquiatría*. 2010; 38(5): 249-261.
27. Alcázar-Córcoles MA, Verdejo-García A, Bouso-Saiz JC, Bezos-Saldaña L. Neuropsicología de la agresión impulsiva. *Rev Neurología*. 2010; 34(1): 32-48.
28. Gómez C. Factores psicosociales protectores y ausencia de estrés asociados al consumo responsable de alcohol y comportamiento no violento en adolescentes de la localidad de Kennedy [tesis]. Bogotá, D.C.: Facultad de Psicología. Universidad Católica de Colombia; 2012.

Recibido: 2016-07-19.

Aprobado: 2016-09-09.

*Caridad Xiomara Padrón Galarraga*. Instituto de Medicina Legal. La Habana, Cuba.  
Dirección electrónica: [cxpg@infomed.sld.cu](mailto:cxpg@infomed.sld.cu)