

# Aspectos epidemiológicos de la conducta violenta y psicopática en Lima Metropolitana

---

AN Dr. Javier E. Saavedra Castillo

---

## Resumen

**Introducción:** La violencia se ha convertido en uno de los principales problemas de salud pública del país, generando dificultades a nivel de la salud física y mental, cuantiosas pérdidas económicas y materiales. Sin embargo, son escasos los estudios realizados en la región y muy pocos en nuestro medio. **Objetivo:** Estimar los factores sociodemográficos y de problemas de salud mental que se asocian a la presencia de conductas violentas y psicopáticas en la población adulta de Lima Metropolitana. **Método:** Se utilizó una muestra de 4445 personas adultas de la base de datos del Estudio Epidemiológico de Salud Mental de Lima Metropolitana Replicación 2012, una encuesta poblacional, probabilística, cara a cara, multietápica, de personas de 18 años a más. Los instrumentos utilizados en la encuesta incluidos en este estudio fueron: el Cuestionario de Salud Mental de Colombia modificado, la Escala de calidad de vida de Mezzich, el MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional versión CIE-10 modificada, ficha de variables sociodemográficos incluido una evaluación de situación de pobreza según NBIs. Se incluyeron análisis multivariados utilizando odds ratios ajustados (OR) para estimar los factores asociados con las conductas violentas y psicopáticas. Se utilizó el programa SPSS-V19. **Resultados:** Las personas con conductas violentas y/o psicopáticas tienden a ser personas jóvenes, tener menor instrucción, y ser del sexo masculino. Además, se encuentran asociaciones significativas no solo con trastornos por uso de sustancias sino también con problemas de juego patológico, ansiedad, y depresión. Las personas tanto con conductas violentas como psicopáticas muestran los indicadores de salud mental más perniciosos. **Conclusiones:** Las conductas violentas y psicopáticas se asocian con variables cuyos programas de prevención que implicarían proyectos de integrales multisectoriales y a largo plazo.

## Introducción

### Magnitud del problema

La violencia ha sido parte de la naturaleza humana, aunque tiene relativamente poco tiempo de haber sido reconocida como un problema de salud pública. El Centro de Control de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos tomó los primeros pasos en ese sentido luego que el control de enfermedades infectocontagiosas colocara a los problemas de homicidios y suicidios entre los primeros 15 lugares entre las causas de mortalidad desde 1965 y ocupando nivel de epidemia en los años 80's entre grupos jóvenes y minoritarios<sup>(1)</sup>. En 1996 la OMS declaró a la prevención de la violencia como un problema prioritario de salud pública e instó a los Estados Miembros a que evalúen el problema de la violencia en sus territorios y comuniquen a la OMS la información de que dispongan sobre ese problema y su manera de afrontarlo<sup>(2)</sup>. El uso del enfoque de salud pública para enfrentar la violencia se basa en descubrir los aspectos básicos como magnitud, características, factores asociados y efectos, así como la búsqueda de las causas identificables y modificables y la dinámica para la implementación de estrategias de prevención o mitigación<sup>(3)</sup>. La OMS ha definido la violencia como "...el uso intencional de la fuerza física, amenazas contra uno mismo, otra persona, un grupo o una comunidad que tiene como consecuencia o es muy probable que tenga como consecuencia un traumatismo, daños psicológicos, problemas de desarrollo o la muerte"<sup>(4)</sup>. La tipología propuesta por la OMS divide la violencia en tres grandes categorías. La violencia auto infringida, que incluye la conducta suicida y autolesiones; la violencia interpersonal, que incluye la violencia al interior de la familia hacia menores, pareja o ancianos y la violencia en la comunidad entre amistades o extraños; y la violencia colectiva que incluye la social,

la política y la económica cometidos por un grupo de personas o estados<sup>(5)</sup>. Cada uno de ellos se divide en 4 subtipos: físicos, sexuales, psicológicos o de privaciones o desatención. Si bien esta tipificación es esquemática, existe una marcada imbricación entre los distintos tipos de violencia y una persona podría estar involucrada en más de un tipo de violencia al mismo tiempo<sup>(6,7)</sup>. El marco de referencia del presente trabajo atañe en especial a la violencia interpersonal y en particular a aquella vinculada a la violencia entre extraños de implicancias psicopáticas.

La conducta psicopática está íntimamente relacionada con la violencia y forma parte de su sintomatología, por tal motivo algunos autores han sugerido diferenciar en los estudios entre personalidades psicopáticas con violencia y sin violencia<sup>(8)</sup>. Actualmente se considera la conducta psicopática como sinónimo de la conducta antisocial o sociopática, y no es necesariamente un trastorno. Mas bien estas conductas se las considera como un continuum desde estilos o rasgos de personalidad antisocial hasta un trastorno de personalidad que se caracterizan por algunas conductas como ser irresponsables con su trabajo y compromisos financieros, no respetar las reglas ni los derechos de los demás, mostrar despreocupación e insensibilidad por otros; ser con regularidad impulsivos, irritables y agresivos; carecer de remordimiento, mentir con frecuencia y realizar actos delictivos y violentos<sup>(9)</sup>. El tipo de conducta psicopática que caracteriza a la personalidad psicopática se inicia al menos desde la adolescencia, aunque también existe el llamado síndrome de “psicopatización” descrito por Humberto Rotondo<sup>(10)</sup>, Nizama y otros<sup>(11)</sup>, y que se vincula al consumo de sustancias.

Las estadísticas mundiales (2000) sobre violencia sitúan a los países americanos de bajos y medianos ingresos entre los más altos del mundo, después de África. Latinoamérica contiene el 9% de la población mundial y sin embargo contiene el 33% de los homicidios en el mundo. Específicamente entre las causas de muerte, la violencia interpersonal se sitúa en 5to lugar, ocupando los primeros lugares entre los 15 y 44 años. La data estadística de causas de muerte por homicidio en el 2014 en los EEUU fue mayor en hombres en comparación con las mujeres (8 x 100,000 vs 2 x 100,000) y más frecuentes en grupos de edades entre los 15 y 24 años (16 por 100,000 habitantes) y encontrándose dentro de los 5 primeros lugares en los distintos grupos etarios de personas menores de 44 años<sup>(12)</sup>. Con respecto a la carga de enfermedad en la Latinoamérica, la violencia interpersonal ocupa el segundo lugar en general y entre los 30 y 44 años, y en el primer

lugar entre los 15 y 29 años<sup>(13)</sup>. En el Perú la violencia se encuentra entre las primeras 13 subcategorías con relación a la carga de enfermedad<sup>(14)</sup>, y el Perú ocupa el puesto 74 de 191 países en el ranking mundial y el puesto 11 de 12 en Latinoamérica sobre homicidios intencionales con 6,65 homicidios por 100,000 habitantes<sup>(15)</sup>.

Los costos que generan el crimen y la violencia están relacionados con gastos que se generan en seguridad a las personas y empresas, gastos médicos y salarios perdidos de todos los implicados, pérdidas materiales, reducción de la inversión y de producción de las empresas, gastos del Estado entre judiciales, policía y cárceles, así como costos subjetivos relacionados al sufrimiento de las personas. En el 2014 a nivel latinoamericano los costos del crimen y la violencia fueron calculados en 114,500 millones de dólares, lo que representó en promedio un 3,55% del producto bruto interno. Se estima que el costo razonado con crímenes y violencia en Perú fue de 10,325 millones de dólares en el 2014, lo que representó un gasto anual de 355 dólares per cápita y 2,77% del producto bruto interno<sup>(16)</sup>.

Con respecto a las víctimas y perpetradores de las conductas violentas, en 1990 un reporte en una muestra poblacional americana de 2058 adultos encontró que aproximadamente 11,5% había cometido una agresión física y 16,6% de las personas o había sido víctima de la misma desde los 12 años. Reportes posteriores en población norteamericana estimaron que, en los 12 meses previos, el 5,4% de la población adulta experimentó algún tipo de violencia incluyendo asaltos por extraños, o agresión física de cualquier persona, siendo las víctimas entre 18 y 24 años, generalmente del sexo masculino<sup>(17)</sup>. Un estudio colombiano en población en 2095 personas no institucionalizadas de la ciudad de Medellín encontró que 6,8% de las personas habían sufrido algún tipo de agresión sin armas en el último año; 20,0% habían sido víctimas alguna vez en su vida y 2,6% fueron perpetradores de amenazas de agresión física con armas; 8,0% había sufrido alguna vez agresión física con armas y 2,1% lo había cometido; y 21,4% fueron víctimas y 2,5% perpetradores de robo sin armas; y 18,7% había sido víctima de robo con armas y 0,5% había perpetrado robo con armas<sup>(18)</sup>.

Con relación a las causas, la OMS establece que la violencia tiene un origen multifactorial, es decir un complejo que se origina de la interacción de factores individuales, sociales, culturales y ambientales; y sugiere que el entendimiento de la dinámica que se establece entre ellos puede ayudar

a prevenirla<sup>(5)</sup>. En este sentido propone un esquema ecológico con cuatro niveles utilizado en violencias más específicas<sup>(19)</sup>. En cada caso la perspectiva va dirigida al riesgo de ser víctima o perpetrador de la violencia. El primer nivel corresponde al individual que involucra aspectos biológicos y demográficos, tipos de personalidad, experiencias tempranas de violencia que van influir en conductas aprendida; el segundo nivel se relaciona con las relaciones interpersonales familiares o sociales, como la influencia la familia, o el círculo de amigos; el tercer nivel se desarrolla en el contexto comunitario y se vincula con las características de los ambientes donde se desarrollan las relaciones sociales como por ejemplo el colegio, el vecindario, el trabajo, e incluyen la situación socioeconómica, densidad demográfica, diferencias sociales, desempleo, etc.; el cuarto nivel corresponde a la sociedad como un todo y están contenidas las normas culturales, las creencias, los prejuicios, así como las políticas de salud, educativas, económicas o sociales que favorecen la violencia o impiden su prevención.

El efecto que tiene la violencia y el crimen en las personas es considerable. Un estudio sobre la salud mental de adolescentes sobrevivientes a homicidios de una familiar o amigo cercano en una muestra representativa nacional en los EEUU encontró que 9% habían perdido a una persona querida por un homicidio y que la experiencia se asoció con una mayor chance de presentar problemas por uso de drogas o abuso de alcohol<sup>(20)</sup>. Otro estudio utilizando la muestra anterior reportó que 37,8% de los adolescentes había sido testigo de al menos un acto de violencia severa en la comunidad y que el ser testigo de violencia sexual o amenaza con arma o agresión física se asoció con una mayor posibilidad de desarrollar trastorno estrés postraumático o depresión en los últimos 6 meses<sup>(21)</sup>. Un estudio reciente ha confirmado que tanto hombres y mujeres víctimas de la violencia interpersonal tienen un mayor chance de sufrir trastornos del humor, trastornos de ansiedad o trastorno por uso de sustancias, independientemente del género<sup>(22)</sup>. Asimismo, estudios previos han reportado que las mujeres víctimas de crímenes no solo tienen más problemas emocionales, sino que se asocia, con una mayor utilización de servicios de salud y un incremento 2,5 veces mayor en los costos ambulatorios<sup>(23)</sup>. Asimismo, se ha demostrado el impacto de los homicidios se extiende a los hijos sobrevivientes adolescentes en relación su salud mental con una mayor prevalencia de depresión problemas de consumo de drogas y alcohol<sup>(20)</sup>.

En el estudio de los factores asociados de la violencia como medida preventiva de la violencia que establece la OMS se enfatiza que debiera considerarse no sólo estudiarse alrededor de la víctima sino también de los perpetradores. Un estudio epidemiológico en una muestra de población americana encontró que la perpetración de violencia se encontraba asociada significativamente al género, edad, educación e historia de consumo de alcohol y que la agresión física se asoció a la interacción entre la edad y la presencia de impulsividad<sup>(24)</sup>. Un estudio colombiano sobre factores asociados a los perpetradores de violencia interpersonal encuentra que esta es más frecuente en personas jóvenes proveniente de familias disfuncionales, en situación de pobreza de menor nivel educativo y con antecedentes de maltrato físico en la infancia<sup>(25)</sup>.

Con respecto a la psicopatología no hay muchos estudios sistemáticos al respecto. La mayoría de estudios se han centrado en perpetradores de violencia doméstica probablemente debido a la facilidad de acceso en los centros de tratamiento derivados de programas judiciales. Estos estudios han reportado que los perpetradores tenían una mayor probabilidad de padecer de un trastorno psiquiátrico en comparación con los no perpetradores; la perpetración se asoció con ser jóvenes, tener un trastorno por uso de alcohol, un trastorno de personalidad, bajos niveles de soporte social, una autoestima baja, y bajos ingresos<sup>(26)</sup>. Un estudio alemán en una muestra poblacional de adolescentes encontró que la condición de ser perpetrador de violencia interpersonal se asoció significativamente con la presencia de problemas de conducta, problemas emocionales y abuso de alcohol eran 1,5 a 3 veces más frecuentes que en aquellos que no estaban involucrados en violencia; y el TDAH se asoció tanto a varones que eran perpetradores como aquellos que eran víctimas; en las mujeres la prevalencia de problemas mentales eran de 1,5 a 5 veces más altos en mujeres que eran perpetradoras y víctimas a la vez de violencia en comparación con las mujeres que no estaban vinculadas con actos de violencia<sup>(27)</sup>. Estudios epidemiológicos en el Reino Unido han reportado un incremento de la morbilidad psiquiátrica en hombres y mujeres con antecedentes de violencia física en los últimos 5 años, la cual se asoció con la presencia de trastornos de ansiedad, depresión, dependencia al alcohol y uso de sustancias<sup>(28,29)</sup>. Los análisis de violencia en Brasil estiman que esta se concentra en las grandes ciudades, y tanto víctimas como perpetradores, corresponden a gente joven de raza negra, pobres y de menor nivel educativo y tanto el consumo de alcohol como drogas ilegales están involucradas en la mayoría de los crímenes<sup>(30)</sup>.

En el Perú un estudio en Lima en una comunidad urbano marginal de estrato socioeconómico bajo realizado en 221 adolescentes encontró que las conductas violentas se relacionaban con la presencia de conductas antisociales, presencia de amigo consumidor de drogas, sexo masculino, bajo nivel educativo de la madre, percepción de mala salud y estructura familiar desintegrada<sup>(31)</sup>. El Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la ciudad de Lima Metropolitana Replicación 2012 (EESMLMR) encontró que 22,9% de la población adulta había estado involucrado en alguna conducta violenta como el haber participado en más de una pelea que hay acabado en golpes, haya usado piedras, palos, cuchillos o armas de fuego, o haya pegado a un niño menor y lo haya dejado con moretones, y específicamente 0,9% uso armas de fuego; con respecto a conductas psicopáticas, como vender o comprar objetos robados, participación en robo o mentiras frecuentes como adulto, se encontró que 5,4% de la población de Lima (7,3 de los varones y 3,6% de las mujeres)<sup>(32)</sup>.

A nuestro entender no hay estudios que hay investigado los factores asociados a conductas violentas y/o psicopáticas como categorías separadas entre violencia u conductas psicopáticas. Asimismo, son más escasos los estudios a nivel latinoamericano que hayan buscado estimar sistemáticamente los factores sociodemográficos y psicopatológicos asociada a las conductas violentas y psicopáticas. Consideramos que este tipo de conductas al representar un nivel menor severidad, las convierten en indicadores de potencialidad para la prevención frente a las agresiones más severas u homicidios. Asimismo, el estudio de los aspectos psicopatológicos brindaría nuevos elementos para comprender la complejidad de la violencia y las dificultades en enfrentarla y de mejorar las condiciones para enfrentar el problema de una manera más integral. Este estudio se focalizará en las conductas violentas y/o psicopáticas reportadas por los adultos en el Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao Replicación 2012.

### Metodología

El presente estudio se basó en la base de datos del EESMLMR conducido por el Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado – Hideyo Noguchi" (INSM). Esta fue una encuesta de entrevistas directas realizada entre mayo y diciembre del año 2012 que proveyó estimados de trastornos mentales y otros indicadores de salud mental en la capital del Perú<sup>(32)</sup>. La población total estimada de Lima Metropolitana era de 5'899,105 habitantes en el

momento de realizarse la encuesta. El marco muestral se basó en la información brindada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) según el Censo realizado en el 2007. La muestra fue seleccionada con un procedimiento probabilístico tri-etápico que incluía: 1) selección de conglomerados de viviendas; 2) selección de viviendas y 3) selección de personas adultas. Las personas incluidas fueron residentes habituales (al menos 1 mes) en viviendas particulares seleccionadas. Se excluyeron viviendas colectivas como hospitales, conventos, hoteles, cuartos, etc. El estudio involucró la selección de cuatro unidades de análisis en cada vivienda, que se comportan como 4 muestras: un adolescente entre 12 y 17 años, un adulto de 18 años o más, un adulto mayor de 60 años o más y como mujer unidad la esposa del jefe del hogar o la jefa del hogar. La tabla de Kish se utilizó para seleccionar a adolescentes adultos y adultos mayores. La encuesta requirió un consentimiento informado y el estudio fue aprobado por el Comité de Ética Institucional. La encuesta fue conducida por profesionales de la salud principalmente psicólogos con un entrenamiento de por lo menos 70 horas. El entrenamiento consistió en instrucciones sobre el contenido de la encuesta, sesiones de práctica en gabinete y prácticas de campo en viviendas no seleccionadas de la comunidad. Los encuestadores pasaron por una encuesta psicológica para evaluar su idoneidad para la entrevista. También incluyó un sistema de monitoreo que incluyó supervisiones directas, re-entrevistas aleatorias, análisis de concordancias entre entrevistas y re-entrevistas. La unidad de análisis incluida en este estudio fue la del adulto de 18 o más años, cuya muestra final fue de 4445 personas. La tasa de no respuestas total de la unidad de análisis del adulto (considerando el efecto de las viviendas vivienda y las personas) fue de 29,6%.

### Instrumentos

Todos los instrumentos fueron probados en estudios previos por el Instituto Nacional de Salud Mental a través de pilotos de campo y a través de grupos focales con cada una de las unidades de análisis, en donde se indago sobre el entendimiento de cada una de las preguntas. Análisis psicométricos de los instrumentos utilizados por el INSM pueden ser encontrados en otra parte<sup>(33)</sup>. Para las preguntas sensibles o susceptibles a la deseabilidad social<sup>(34)</sup>, como el caso de conductas psicopáticas o suicidas, y para garantizar la privacidad, se utilizaron tarjetas de tal manera que el entrevistador hacía referencia a una letra en la tarjeta solicitando la respuesta a través de esta codificación.

**A. Cuestionario de Salud Mental de Colombia**

**(modificado).**- Las preguntas principales relacionados con aspectos generales de salud mental este estudio fueron identificados a través este instrumento, modificado y adaptado en el INSM. Este instrumento fue construido para evaluar varios aspectos de salud mental en forma práctica de fácil aplicación y no requiere experiencia clínica experta<sup>(35)</sup>. Las preguntas seleccionadas para el presente estudio han incluido los siguientes tópicos:

**a. Conductas psicopáticas y conductas violentas.**

El antecedente de conductas de abuso a menores se exploró con la pregunta dicotómica: “Desde los 18 años, ¿alguna vez le ha pegado a niño menor y le ha dejado moretones? La participación en peleas se exploró a través de las siguientes preguntas: “Desde los 18 años, ¿ha participado en más de una pelea que haya acabado a golpes?; “¿Alguna vez, en una pelea ha usado piedras, palos, cuchillos (navajas), hondas, machete, verduguillo u hoz?”; “¿Alguna vez, en una pelea ha usado armas de fuego como pistolas, escopeta, rifles, etc.?”. Se seleccionaron conductas psicopáticas que implicarán delitos penales a través de las siguientes preguntas: “¿Ha participado en un robo alguna vez? (Si/No)”; “¿Con qué frecuencia ha ganado dinero vendiendo cosas de dudosa procedencia o robadas?” (nunca, rara vez, ocasionalmente, frecuentemente, muy frecuentemente); “¿Con qué frecuencia ha ganado dinero vendiendo cosas de dudosa procedencia o robadas? (nunca, rara vez, ocasionalmente, frecuentemente, muy frecuentemente).

**b. Indicadores suicidas.** Se exploraron indicadores suicidas con las preguntas: “¿Alguna vez en su vida ha deseado morir? (Si/No)”; “¿Alguna vez en su vida ha pensado en quitarse la vida? (Si/No)”, y “¿Alguna vez ha intentado hacerse daño o quitarse la vida? (Si/No)”.

**c. Pensamiento homicida.** Se exploró con las preguntas ¿Ha tenido la idea de matar a alguien? (Si/No), ¿Hace cuánto tiempo? (En el último mes/ Hace más de un mes, pero menos de 6 meses/ Hace más de 6 meses, pero menos de un año/ Hace más de un año).

**B. Mini International Neuropsychiatric Interview**

**(MINI) Versión español CIE-10<sup>(36)</sup>.** Este instrumento ha mostrado una adecuada concordancia con instrumentos de evaluación importantes<sup>(37)</sup> y es de fácil aplicación (15 minutos en promedio). Se estimaron los trastornos mentales (TM) a través de este instrumento adaptado para obtener prevalencia de vida, doce meses, y actual

de los principales trastornos psiquiátricos (trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico, agorafobia, fobia social, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de estrés postraumático, episodio depresivo, distimia, trastorno bipolar, episodio psicótico, uso perjudicial/dependencia de alcohol y otras drogas). Se incluyeron preguntas de la versión ampliada de este instrumento (Mini Entrevista Neuropsiquiátrica - MINI-Plus) para considerar los criterios diagnósticos de trastorno por déficit de atención e hiperactividad para la exploración sobre la presencia de estos síntomas en la niñez<sup>(38)</sup>.

**C. Cuestionario de juego patológico de South Oaks (SOGS).**

Versión validada por Echeburúa y colaboradores<sup>(39)</sup> en España y en nuestro medio por Barbarán y colaboradores<sup>(40)</sup> que permite estimar la sospecha de presencia de jugador patológico

**D. Escala de auto detección del déficit de atención e hiperactividad del Adulto (TDAH)**

(Versión breve) de la OMS<sup>(41)</sup>, que brinda resultados a nivel de sospecha del Trastorno de déficit de atención e hiperactividad.

**E. Índice de Calidad de vida de Mezzich.**

Es una escala de 10 ítems para evaluar aspectos relacionados al constructo de calidad de vida en una escala de 1 a 10 mostrando una adecuada confiabilidad y validez<sup>(42)</sup>. Las áreas evaluadas son: bienestar físico, bienestar psicológico o emocional, autocuidado y funcionamiento, funcionamiento ocupacional, funcionamiento interpersonal, apoyo social – emocional, apoyo comunitario y de servicios, plenitud personal, satisfacción espiritual y calidad de vida global. La consistencia interna según el  $\alpha$  de Cronbach hallada en estudios anteriores del INSM fue de 0.807<sup>(33)</sup>.

**F. Datos demográficos y socioeconómicos.**

Se incluyeron preguntas de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) 2000<sup>(43)</sup> sobre edad, sexo, estado civil, nivel educativo, situación laboral, área de residencia y sistema de salud adscrito, además de variables para el cálculo de la pobreza como características de la vivienda, hacinamiento, abastecimiento de agua, características de los servicios sanitarios para el desecho de excretas existencia de niños en edad escolar que no estudian por problemas económicos y último grado de estudio que aprobó el jefe del hogar. Se utilizó según la metodología de las necesidades básicas insatisfechas (NBI) para medir la pobreza. Esta metodología fue propuesta por la CEPAL para el estudio de la pobreza en países latinoamericanos<sup>(44)</sup> y tiene como principal objetivo identificar hogares y personas que no alcanzan a satisfacer un conjunto de necesidades consideradas indispensables, según niveles de bienestar aceptados

como universales. Según este método la presencia de 2 o más NBI corresponde a familias en pobreza extrema, 1 NBI a familias pobres y la ausencia de NBI a familias no pobres.

### Plan de análisis

Las prevalencias fueron ponderadas para considerar la probabilidad conocida de selección, así como restaurar la distribución de la población en función a sexo y grupos etarios, con intervalos de confianza al 95% y tomando en consideración el diseño de muestras complejas. Se construyó una variable que identificara personas con la presencia de alguna conducta violenta (antecedentes de conductas de abuso a menores como adulto, participación en peleas a golpes o con objetos contundentes, arma blanca o armas de fuego) y alguna conducta psicopática (adquisición o venta de objetos robados en forma ocasional o más frecuentemente, participación en robo, o involucramiento en problemas por no pagar deudas). Finalmente se obtuvo un variable de cuatro categorías o grupos: grupo 1: ninguna conducta violenta ni psicopática (NC); grupo 2: sólo conductas violentas (CV); grupo 3: sólo conductas psicopáticas (CP); y grupo 4: conductas violentas y psicopáticas (CVP). Esta variable constituyó en los análisis la variable dependiente. Se realizaron análisis bivariados relacionando las variables de conductas violentas y/o psicopáticas con las características sociodemográficas de la muestra. Cuando las variables dependiente e independiente eran nominales, se realizaron pruebas  $\chi^2$  convertidas al estadístico F como una variante del estadístico de chi-cuadrado corregido de Rao-Scott de segundo orden y la significación basada en sus grados de libertad y un nivel de significancia de  $< 0,05$ . En el caso de variable independiente continua (edad, nivel de ingresos), se utilizó el modelo lineal general para muestras complejas para obtener la prueba t y establecer la existencia de diferencias significativas con un nivel de significancia de  $< 0,05$ . Para los análisis multivariados se utilizó la regresión logística multinomial para muestras complejas con la variable de conductas violentas y/o psicopáticas como variable dependiente y utilizando la categoría ninguna como referencia. De esta manera se obtuvieron odds ratios ajustados (OR) para estimar la asociación entre las conductas violentas/psicopáticas con variables sociodemográficas, variables de salud mental, eventos de vida y estilos de crianza. Todas las variables fueron controladas con las variables sociodemográficas; en el caso de los estilos de crianza se incluyeron los demás estilos de crianza; en el caso de los eventos de vida se incluyeron los demás eventos de vida; en el caso

de indicadores suicidas u homicidas se controló además con la presencia de algún TM alguna vez en la vida. Se utilizó el SPSS-V20.

## Resultados

### Descripción de la muestra

La muestra final fue 4445 adultos cuya distribución ponderada fue de 48,0% varones, 52,0% mujeres, edad promedio de 42,6 años (95% IC, 41,8-43,3), la mayoría era casada o conviviente (56,6%), 44,8% tenía instrucción secundaria, una tasa de analfabetismo de 3,1% y 63,7% (95% IC, 61,9-65,4) había tenido un trabajo remunerado la semana anterior. El 21,8 de la población se encontraba en situación de pobreza, según la metodología de las necesidades básicas insatisfechas, además un 46,3% de la población no contaba con ningún seguro médico, 15,1 vivía en condiciones inadecuadas de vivienda y 7,7% vivía en hacinamiento (Tabla 1).

**Tabla 1. Características sociodemográficas generales de la muestra de adultos de Lima Metropolitana**

	Promedio total (95% IC)	
Edad promedio ponderada (error standard)	42,6 (ES 0,37) (41,8-43,3)	
<b>Grupos de edad</b>	<b>Total % (95% IC)</b>	
18 a 24 años	18,2 (16,7-19,8)	
25 a 44 años	40,6 (38,8-42,3)	
45 a 64 años	27,5 (25,9-29,1)	
65 +	13,8 (12,5-15,3)	
<b>Sexo</b>		
Masculino	48,0 (45,8-50,3)	
Femenino	52,0 (49,7-54,2)	
<b>Nivel educativo</b>		
Analfabetismo	3,1 (2,5-3,8)	
Ninguna a primaria	15,2 (13,9-16,5)	
Secundaria	44,8 (42,8-46,8)	
Superior técnica	20,0 (18,5-21,5)	
Superior universitaria (incl. postgrado)	20,1 (18,3-21,5)	
<b>Estado civil</b>		
Conviviente	25,2 (23,6-27,0)	
Separado(a) o divorciado	11,4 (10,5-12,5)	
Viudo(a)	5,0 (4,4-5,8)	
Casado(a)	31,4 (29,6-33,2)	
Soltero(a)	26,9 (25,2-28,7)	
Trabajó la semana anterior (remunerado)	63,7 (61,9-65,4)	
Desempleo	2,3 (1,8-2,9)	
Tiene seguro de salud	53,7 (51,7-55,6)	
<b>Área de residencia</b>		
Lima Centro	17,3 (15,9-18,8)	
Lima Norte	26,7 (24,2-29,3)	
Lima Este	24,5 (22,2-27,1)	
Lima Sur	20,7 (19,4-22,1)	
Lima Callao	10,8 (9,8-11,8)	
<b>Aspectos socioeconómicos</b>		
Gastos familiares mensuales (en Nuevos Soles) (promedio)	1298 (ES 28,75) (1242-1355)	
Vivienda inadecuada	15,1 (13,3-17,0)	
Vivienda con hacinamiento	7,7 (6,8-8,8)	
Pobreza según NBI	Pobre extremo	4,7 (3,7-5,8)
	Pobre	17,1 (15,6-18,7)
	No pobre	78,2(76,1-80,2)

Con respecto a las variables sobre violencia y psicopáticas han sido descritas en detalle otra parte (32), se encontró que 5,9% (IC95% 5,1-6,8) de la población adulta había pegado a un niño menor y le había dejado moretones; 19,2% (IC95% 17,8-20,8) había participado en más de una pelea que haya terminado a golpes; 3,7% (IC95% 3,0-4,4) había usado objetos contundentes o arma blanca en una pelea; y 0,9% (IC95% 0,6-1,4) había utilizado armas de fuego en una pelea. Con relación a las conductas psicopáticas de tipo delictivo se halló que al menos ocasionalmente 1,6% de la población había obtenido objetos de dudosa procedencia o robados, 0,9% reportó al menos ocasionalmente haber vendido objetos de dudosa procedencia o robados y 2,8% (IC95% 2,2-3,5) había participado alguna vez en un robo. En conjunto 20,6% (IC95% 19,1-22,1) de la población adulta había presentado alguna conducta violenta pero no psicopática desde adulto; 2,0% (IC95% 1,6-2,6) había presentado alguna conducta psicopática, pero no violenta; y 2,4% (IC95% 1,8-3,0) había presentado alguna conducta violenta y alguna conducta psicopática.

### **Análisis Bivariados**

Los análisis bivariados entre las personas sin conductas violentas o psicopáticas frente a las las personas con

conductas violentas y/o psicopáticas encontraron una asociación significativa con casi todas las variables sociodemográficas, con excepción de la presencia de desempleo y área de residencia. Las personas con CP y las personas con CVP eran significativamente más jóvenes que las personas sin ninguna de estas conductas. Encontramos una frecuencia mayor estadísticamente significativa de sexo masculino entre las personas con conductas violentas o psicopáticas. Es más alta la proporción entre las personas con CVP frente a los otros grupos; la prevalencia de conductas de psicopáticas sin violencia es similar entre hombres y mujeres (2,1% vs 2,0%).

En general en forma estadísticamente significativa, las personas sin conductas violentas o psicopáticas en comparación con las personas con conductas violentas y/o psicopáticas, tenían un menor nivel de instrucción, se encontraban desocupadas laboralmente, y eran convivientes o solteros. Particularmente, las personas con CVP vivían con mayor frecuencia en viviendas inadecuadas o en hacinamiento, así como pertenecían a familias en pobreza extrema y no tenían ningún tipo de aseguramiento de salud en comparación con las personas sin ninguna de estas conductas (Tabla 2).

Tabla 2. Prevalencia y razón de ventajas (OR) de conductas violentas y/o psicopáticas según características sociodemográficas de la población total en la ciudad de Lima Metropolitana (n=4,445)									
	Prevalencia de conductas (%)*				Estadísticos bivariados	ODD Ratio Ajustado § (IC-95%) (Ref Ninguna)			
	Ninguna Conducta (n=3322) 75,0% ES 0,8%	Sólo Violentas (n=924) 20,6% ES 0,8%	Sólo Psicopáticas (n=95) 2,0% ES 0,2%	Violentas y psicopáticas (n=95) 2,4% ES 0,3%		F Ajustado (g.l.) p	Sólo conductas violentas vs Ninguna conducta	Sólo conductas psicopáticas vs Ninguna conducta	Conductas violentas y psicopáticas vs Ninguna conducta
Edad promedio ponderada (error standard)	43,1 (42,2-43,9)	42,0 (40,8-43,3)	37,7 (34,4-41,1)	34,2 (30,7-37,7)	10,445; (gl1 =3; gl2= 692) p<0,001	1,0 (0,92-1,06)	<b>0,8 (0,61-0,95)</b>	0,8 (0,60-1,06)	
<b>Grupos de edad</b>									
18 a 24 años	78,2 (1,9)	16,5 (1,7)	2,1 (0,5)	3,2 (0,8)	5,652 (gl1=8,110; gl2=5628) p<0,00001	1,1 (0,73-1,80)	<b>3,5 (1,01-12,18)</b>	<b>15,1 (1,52-149,23)</b>	
25 a 44 años	70,3 (1,4)	23,8 (1,3)	2,7 (0,5)	3,1 (0,5)		<b>1,7 (1,15-2,40)</b>	<b>4,2 (1,38-12,63)</b>	<b>20,6 (2,19-194,07)</b>	
45 a 64 años	75,6 (1,5)	21,1 (1,4)	1,5 (0,4)	1,8 (0,6)		1,4 (0,97-2,02)	1,9 (0,63-5,49)	<b>15,4 (1,52-155,00)</b>	
65 +	83,6 (1,7)	15,3 (1,6)	0,9 (0,4)	0,2 (0,1)		Referencia	Referencia	Referencia	
<b>Sexo</b>									
Masculino	64,7 (1,3)	28,9 (1,3)	2,1 (0,4)	4,4 (0,6)	56,095 (gl1=2,794; gl2=1939) p<0,00001	<b>3,1 (2,50-3,79)</b>	1,3 (0,77-2,32)	<b>17,2 (8,36-35,23)</b>	
Femenino	84,6 (0,8)	12,9 (0,8)	2,0 (0,3)	0,5 (0,2)		Referencia	Referencia	Referencia	
<b>Nivel educativo</b>									
Analfabetismo	Si	82,8 (3,4)	11,9 (3,0)	4,4 (1,8)	4,067 (gl1=2,876; gl2=1996) p=0,0077	0,80 (0,43-1,49)	<b>3,8 (1,29-11,24)</b>	0,51 (0,08-3,28)	
	No	74,8 (0,9)	20,9 (0,8)	1,9 (0,2)		2,4 (0,3)	Referencia	Referencia	Referencia
Ninguna a primaria	80,8 (1,7)	16,2 (1,5)	2,2 (0,6)	0,9 (0,4)	7,919 (gl1=8,749; gl2=6072) p<0,00001	1,2 (0,85-1,78)	2,6 (0,99-7,05)	3,2 (0,70-14,52)	
Secundaria	69,7 (1,3)	24,0 (1,2)	2,3 (0,4)	4,0 (0,6)		<b>1,6 (1,18-2,05)</b>	1,8 (0,78-3,94)	<b>7,8 (2,23-27,14)</b>	
Superior técnica	75,8 (1,8)	20,4 (1,7)	1,9 (0,6)	1,8 (0,6)		<b>1,4 (1,04-1,95)</b>	1,4 (0,59-3,51)	<b>5,0 (1,30-19,17)</b>	
Superior universitaria (incl. postgrado)	81,8 (1,5)	16,4 (1,5)	1,4 (0,5)	0,4 (0,2)		Referencia	Referencia	Referencia	
<b>Estado civil</b>									
Conviviente	69,8 (1,6)	24,3 (1,4)	2,6 (0,6)	3,3 (0,6)	4,018 (gl1=10,45; gl2=7257) P=0,00001	1,3 (0,99-1,77)	1,3 (0,55-3,13)	1,1 (0,48-2,30)	
Separado(a) o divorciado	72,4 (2,1)	23,1 (2,0)	1,5 (0,5)	3,0 (0,9)		1,7 (1,21-2,37)	1,0 (0,40-2,54)	2,1 (0,81- 5,53)	
Viudo(a)	86,6 (2,3)	11,2 (2,1)	1,1 (0,6)	1,1 (0,9)		1,0 (0,61-1,79)	1,3 (0,30-5,56)	4,1 (0,54-31,57)	
Casado(a)	77,7 (1,3)	19,6 (1,3)	2,0 (0,4)	0,7 (0,3)		1,1 (0,83-1,53)	1,5 (0,65-3,42)	0,4 (0,14-1,08)	
Soltero(a)	75,8 (1,7)	18,9 (1,5)	2,0 (0,5)	3,4 (0,7)		Referencia	Referencia	Referencia	
<b>Condición laboral*</b>									
Trabajó la semana anterior (remunerado)	Si	71,5 (1,1)	23,4 (1,0)	2,3 (0,3)	11,389 (gl1=2,925; gl2=2030) p<0,00001	1,1 (0,84-1,35)	1,5 (0,77-2,93)	0,6 (0,30-1,03)	
	No	81,2 (1,2)	15,6 (1,1)	1,5 (0,3)		1,8 (0,5)	Referencia	Referencia	Referencia
Desempleo	Si	71,4 (5,6)	20,2 (4,9)	2,4 (1,6)	0,980 (gl1=2,843; gl2=1973) P=0,39802	1,2 (0,64-2,09)	1,2 (0,32-4,79)	2,6 (0,66-10,07)	
	No	75,1 (0,8)	20,6 (0,8)	2,0 (0,2)		2,3 (0,3)	Referencia	Referencia	Referencia
<b>Aseguramiento</b>									
Tiene seguro de salud	Si	78,0 (1,1)	18,9 (1,0)	1,7 (0,3)	9,443 (gl1=2,996; gl1=2079) p<0,00001	Referencia	Referencia	Referencia	
	No	71,6 (1,2)	22,5 (1,1)	2,3 (0,4)		3,5 (0,5)	1,2 (0,98-1,44)	1,3 (0,77-2,05)	<b>1,8 (1,10-3,00)</b>
<b>Área de residencia</b>									
Lima Centro	79,3 (1,7)	18,0 (1,6)	1,9 (0,6)	0,8 (0,5)	1,608 (gl1=11,09; gl2=7699) p=0,08850	Referencia	Referencia	Referencia	
Lima Norte	76,6 (1,8)	19,3 (1,7)	1,9 (0,6)	2,2 (0,7)		1,0 (0,70-1,34)	0,8 (0,31-1,98)	1,5 (0,38-6,13)	
Lima Este	74,0 (1,6)	20,3 (1,3)	2,4 (0,4)	3,3 (0,7)		1,0 (0,73-1,29)	0,9 (0,42-2,10)	2,0 (0,51-7,49)	
Lima Sur	73,8 (1,6)	22,0 (1,5)	1,9 (0,5)	2,3 (0,6)		1,1 (0,83-1,47)	0,8 (0,34-1,94)	1,6 (0,39-6,14)	
Lima Callao	69,4 (2,8)	25,7 (2,6)	1,9 (0,7)	2,9 (0,9)		1,4 (0,96-1,93)	0,9 (0,32-2,61)	2,3 (0,56-9,73)	
Gastos familiares mensuales (en Nuevos Soles) (promedio)	1325	1264	1011	1015	7,9 (gl1=3,000; gl2=687) p=0,00003	1,0 (0,99-1,01)	<b>0,9 (0,90-0,99)</b>	1,0 (0,92-1,05)	
Vivienda inadecuada+	69,5 (2,0)	23,2 (1,8)	2,4 (0,7)	5,0 (1,1)	6,840 (gl1=2,969; gl2=2061) P=0,00015	1,1 (0,84-1,39)	1,0 (0,46-2,18)	<b>1,9 (1,04-3,46)</b>	
Vivienda con hacinamiento	68,2 (2,7)	25,0 (2,5)	3,2 (1,1)	3,6 (1,2)	2,811 (gl1=2,971; gl2=2062) P=0,03865	1,2 (0,94-1,66)	1,3 (0,59-3,03)	1,5 (0,70-3,12)	
Pobreza según NBI	Pobre extremo	68,5 (3,5)	22,8 (3,0)	2,5 (1,3)	4,310 (gl1=5,674; gl2=3938) P=0,00034	1,1 (0,74-1,60)	0,8 (0,19-3,61)	<b>3,3 (1,12-9,55)</b>	
	Pobre	69,6 (1,9)	24,1 (1,8)	2,5 (0,7)		3,8 (0,8)	1,2 (0,92-1,48)	1,1 (0,58-2,16)	1,5 (0,84-2,57)
	No pobre	76,6 (0,9)	19,7 (0,8)	1,9 (0,3)		1,8 (0,3)	Referencia	Referencia	Referencia

IC= Intervalo de Confianza; ES= Error Standard; Ref= referencia  
 Ninguna= ni conducta violenta, ni psicopática; V=sólo conducta violenta; P=sólo conducta psicopática; VP= conducta violenta y psicopática; gl= grados de libertad  
 Lima Centro: distritos de Lima Cercado, Breña, Jesús María, La Victoria, Lince, Magdalena del Mar, Magdalena Vieja, Miraflores, San Borja, San Isidro, San Luis, San Miguel y Surquillo  
 Lima Norte: distritos de Ancón, Carabayllo, Comas, Independencia, Los Olivos, Puente Piedra, Rímac, San Martín de Porras y Santa Rosa.  
 Lima Este: distritos de Ate, Chaclacayo, Cieneaguilla, El Agustino, La Molina, Lurigancho (Chosica), San Juan de Lurigancho y Santa Anita  
 Lima Sur: distritos de Barranco, Chorrillos, Lurín, Pachacamac, Pucusana, Punta Hermosa, Punta Negra, Santa María del Mar, San Bartolo, San Juan de Miraflores, Santiago de Surco, Villa el Salvador, Villa María del Triunfo  
 El Callao, que comprende los distritos de: Callao, Bellavista, Carmen de la Legua, La Perla, La Punta y Ventanilla  
 NBI= Necesidades básicas insatisfechas  
 § Ajustado con el resto de variables sociodemográficas; en negrita valores con intervalos de confianza significativamente diferentes a 1.00  
 \* Los análisis multivariados incluyeron cada una de las variables por separado de la sección correspondiente  
 + Se consideró vivienda inadecuada si el material predominante de los pisos de la vivienda era tierra o arena, o si el material predominante de las paredes exteriores era de quincha, madera, piedra y barro, tripley o estera



El análisis bivariado entre las conductas violentas y/o psicopáticas con variables psicopatológicas encontró una asociación significativa con la mayoría de trastornos estudiados, -incluyendo el antecedente de trastorno hiperactivo en la infancia, con excepción de algunos trastornos de ansiedad como la fobia social y la agorafobia. Asimismo, se encontró asociación con indicadores suicidas y homicidas especialmente en personas con CVP; alrededor de 10% ha intentado suicidarse alguna vez en su vida frente a 1,8% de las personas sin estas conductas y 18,6% ha pensado alguna vez matar a alguien frente a 1,5% de las personas sin estas conductas. En particular resalta la asociación entre conductas psicopáticas y/o violentas con consumo de sustancias legales e ilegales y los trastornos adictivos donde se incluye no sólo los trastornos por uso de alcohol sino también la presencia de juego patológico. Un 49,3% de las personas con CVP han presentado alguna vez trastorno por el uso de alcohol y esta prevalencia es significativamente superior a las encontradas en

personas sólo con conductas violentas o sólo con conductas psicopáticas. En general, en las personas con CP no se encontró asociación estadísticamente significativa con los trastornos depresivos frente a las personas sin estas conductas y en entre los trastornos de ansiedad sólo encontró asociación estadísticamente significativa con el trastorno de estrés posttraumático (Tabla 3). Con respecto a otros problemas de salud mental se encontró una asociación significativa entre indicadores suicidas y homicidas, este último en particular con las personas que presentaban CVP, encontrándose que dichas personas tenían 15,2 veces más chance de presentar pensamientos homicidas con relación a las personas sin estas conductas. También cabe señalar que las personas con CVP tienen una mayor chance de consumir tabaco o marihuana en comparación con las personas sólo violentas o sólo psicopáticas en contraste con las que no tienen estas conductas (Tabla 4).

Tabla 3. Prevalencia de trastornos mentales en la población con presencia de conductas violentas y/o psicopáticas de Lima Metropolitana											
TRASTORNOS MENTALES (PREVALENCIA EN LA POB GRAL,%)	Total n	Prevalencia de conductas,% (ES) *				ODD Ratio (Ref Ninguna)			ODD Ratio Ajustado § (Ref Ninguna)		
		Ningu na conduc ta (n=33 22)	Sólo Violent as (n=92 4)	Sólo Psicopá ticas (n=95)	Violent as y psicopá ticas (n=95)	Sólo conductas violentas vs Ninguna conducta	Sólo conductas psicopáticas vs Ninguna conducta	Conductas violentas y psicopáticas vs Ninguna conducta	Sólo conductas violentas vs Ninguna conducta	Sólo conductas psicopáticas vs Ninguna conducta	Conductas violentas y psicopáticas vs Ninguna conducta
Cualquier trastorno vida (28,5)	1353	23,3 (1,0)	42,5 (2,0)	38,4 (6,1)	61,8 (6,1)	<b>2,4 (2,02-2,92)</b>	<b>2,0 (1,23-3,41)</b>	<b>5,3 (3,19-8,86)</b>	<b>2,7 (2,21-3,28)</b>	<b>2,1 (1,26-3,61)</b>	<b>6,0 (3,42-10,59)</b>
Cualquier trastorno anual (11,8)	535	8,6 (0,6)	20,6 (1,6)	16,2 (4,0)	32,2 (5,8)	<b>2,8 (2,21-3,48)</b>	<b>2,1 (1,13-3,77)</b>	<b>5,1 (2,96-8,66)</b>	<b>2,9 (2,32-3,74)</b>	<b>2,0 (1,11-3,65)</b>	<b>4,9 (2,77-8,55)</b>
Cualquier trastorno actual (7,9)	346	5,8 (0,5)	13,5 (1,4)	10,7 (3,4)	20,8 (5,2)	<b>2,5 (1,90-3,35)</b>	1,9 (0,93-3,95)	<b>4,2 (2,23-8,08)</b>	<b>2,4 (1,81-3,16)</b>	1,8 (0,90-3,76)	<b>3,4 (1,79-6,48)</b>
<b>TRASTORNOS AFECTIVOS</b>											
Episodio depresivo vida (17,3)	842	15,0 (0,8)	24,4 (1,7)	18,8 (4,4)	25,1 (5,3)	<b>1,8 (1,49-2,25)</b>	1,3 (0,74-2,36)	<b>1,9 (1,09-3,34)</b>	<b>2,0 (1,53-2,51)</b>	1,3 (0,69-2,35)	1,4 (0,70-2,94)
Episodio depresivo anual (6,2)	286	5,0 (0,4)	9,3 (1,1)	8,3 (2,7)	12,3 (4,2)	<b>1,9 (1,41-2,64)</b>	1,7 (0,82-3,55)	<b>2,6 (1,19-5,86)</b>	<b>2,3 (1,64-3,30)</b>	1,5 (0,75-3,03)	<b>3,1 (1,24-7,80)</b>
<b>TRASTORNOS DE ANSIEDAD</b>											
Trastorno de ansiedad generalizada vida (3,0)	144	2,1 (0,3)	5,1 (0,9)	4,6 (2,9)	8,6 (3,4)	<b>2,5 (1,80-3,74)</b>	2,21 (0,60-8,21)	<b>4,3 (1,79-10,40)</b>	<b>1,9 (1,15-2,99)</b>	1,8 (0,45-7,49)	2,5 (0,99-6,49)
Trastorno de ansiedad generalizada anual (0,7)	36	0,4 (0,1)	1,7 (0,4)	0,0 (-)	2,8 (2,0)	<b>4,7 (2,17-10,04)</b>	-	<b>7,6 (1,58-39,86)</b>	<b>5,3 (2,41-11,74)</b>	-	<b>5,6 (1,5-21,05)</b>
Fobia social vida (2,2)	94	2,2 (0,3)	2,5 (0,7)	2,4 (1,4)	1,3 (1,0)	1,1 (0,62-2,11)	1,1 (0,33-3,63)	0,6 (0,13-2,75)	1,0 (0,51-1,97)	0,8 (0,22-3,20)	0,5 (0,08-2,76)
Fobia social anual (1,0)	39	0,7 (0,2)	1,7 (0,6)	1,7 (1,2)	0,9 (0,9)	<b>2,4 (1,07-5,61)</b>	2,4 (0,55-10,55)	1,3 (0,16-9,59)	2,3 (0,94-5,43)	1,8 (0,32-10,36)	0,5 (0,03-8,21)
Agorafobia vida (1,2)	58	1,2 (0,2)	1,0 (0,3)	1,1 (1,1)	2,7 (2,0)	0,8 (0,40-1,65)	0,86 (0,12-6,48)	2,2 (0,48-10,30)	0,6 (0,29-1,41)	0,8 (0,09-6,55)	1,6 (0,33-8,06)
Agorafobia anual (0,5)	23	0,4 (0,1)	0,5 (0,2)	1,1 (1,1)	2,7 (2,0)	1,2 (0,40-3,80)	2,5 (0,31-19,86)	<b>6,4 (1,25-32,40)</b>	0,9 (0,28-3,06)	1,7 (0,14-19,43)	<b>7,3 (1,56-34,40)</b>
Trastorno de estrés postraumático vida (5,1)	234	4,5 (0,4)	6,9 (1,0)	6,5 (2,9)	6,6 (2,7)	<b>1,6 (1,10-2,23)</b>	1,5 (0,58-3,76)	1,5 (0,62-3,65)	1,3 (0,90-1,96)	1,2 (0,44-3,29)	1,2 (0,39-3,51)
Trastorno de estrés postraumático anual (0,7)	36	0,5 (0,1)	0,9 (0,3)	3,7 (2,2)	2,3 (1,9)	1,9 (0,80-4,57)	<b>8,1 (2,24-29,09)</b>	4,9 (0,85-28,39)	1,9 (0,70-5,05)	<b>6,8 (1,89-24,41)</b>	5,2 (0,86-31,81)
Cualquier trastorno de ansiedad vida (10,5)	491	9,2 (0,6)	13,8 (1,4)	15,7 (4,3)	18,1 (4,4)	<b>1,6 (1,22-2,07)</b>	1,9 (0,97-3,52)	<b>2,2 (1,21-4,00)</b>	<b>1,4 (1,03-1,87)</b>	1,6 (0,85-3,12)	1,8 (0,97-3,50)
Cualquier trastorno de ansiedad anual (2,9)	138	2,2 (0,3)	4,5 (0,8)	6,5 (2,7)	8,4 (3,4)	<b>2,1 (1,34-3,39)</b>	<b>3,1 (1,27-7,69)</b>	<b>4,2 (1,70-10,19)</b>	<b>2,1 (1,28-3,44)</b>	<b>2,8 (1,13-7,18)</b>	<b>3,9 (1,50-10,00)</b>
Cualquier trastorno de ansiedad actual (1,9)	90	1,4 (0,2)	3,3 (0,7)	2,6 (1,5)	1,9 (1,3)	<b>2,4 (1,37-4,10)</b>	1,8 (0,54-6,09)	1,3 (0,31-5,67)	<b>2,4 (1,38-4,11)</b>	1,6 (0,49-5,42)	1,4 (0,32-6,48)
<b>ADICCIONES</b>											
Abuso/dependencia de alcohol vida (7,5)	313	3,5 (0,4)	16,6 (1,5)	13,2 (4,7)	49,3 (6,4)	<b>5,6 (4,14-7,45)</b>	<b>4,2 (1,88-9,61)</b>	<b>27,1 (18,8-46,26)</b>	<b>3,2 (2,31-4,40)</b>	<b>3,6 (1,53-8,28)</b>	<b>10,5 (6,05-18,29)</b>
Abuso/dependencia de alcohol anual (2,5)	97	1,1 (0,2)	6,3 (1,0)	1,3 (1,1)	14,6 (4,8)	<b>5,9 (3,59-9,59)</b>	1,2 (0,23-6,24)	<b>14,9 (6,57-33,87)</b>	<b>3,4 (1,98-5,68)</b>	0,7 (0,10-4,29)	<b>4,9 (2,10-11,29)</b>
Dependencia/uso perjudicial a tabaco anual (0,7)	29	0,4 (0,1)	1,5 (0,5)	1,5 (1,5)	3,7 (1,9)	<b>3,6 (1,41-9,09)</b>	3,53 (0,44-28,15)	<b>9,1 (2,74-30,30)</b>	2,2 (0,85-5,75)	3,1 (0,36-26,41)	<b>4,8 (1,19-19,48)</b>
Juego patológico puntual (probable) (2,4)	99	1,7 (0,3)	3,7 (0,8)	6,7 (3,9)	9,2 (3,1)	<b>2,2 (1,31-3,68)</b>	<b>4,1 (1,15-14,35)</b>	<b>5,7 (2,54-12,92)</b>	1,4 (0,78-2,59)	<b>4,5 (1,15-17,52)</b>	<b>2,6 (1,02-6,53)</b>
Dependencia/uso perjudicial de cualquier sustancia anual (3,2)	125	1,5 (0,2)	7,4 (1,1)	4,4 (2,4)	17,8 (4,9)	<b>5,1 (3,31-8,01)</b>	2,9 (0,92-9,47)	<b>13,9 (6,70-28,84)</b>	<b>3,3 (2,10-5,22)</b>	2,4 (0,71-7,96)	<b>5,6 (2,76-11,42)</b>
<b>OTROS TRASTORNOS</b>											
Episodio psicótico vida (1,4)	68	1,0 (0,2)	2,4 (0,6)	3,2 (1,7)	7,7 (3,6)	<b>2,5 (1,39-4,55)</b>	<b>3,3 (1,03-10,41)</b>	<b>8,4 (2,91-24,34)</b>	<b>1,9 (1,04-3,67)</b>	3,2 (0,98-10,58)	<b>5,3 (1,37-20,16)</b>
Episodio psicótico anual (0,6)	26	0,4 (0,1)	1,2 (0,4)	2,2 (1,6)	2,4 (1,9)	<b>3,4 (1,57-7,50)</b>	<b>6,3 (1,31-30,50)</b>	<b>6,9 (1,24-38,21)</b>	<b>3,3 (1,36-7,85)</b>	<b>6,1 (1,69-21,96)</b>	<b>3,3 (0,70-15,09)</b>
Trastorno hiperactivo en la infancia (1,5)	65	0,9 (0,2)	2,6 (0,7)	1,3 (0,8)	11,1 (4,3)	<b>2,9 (1,45-5,60)</b>	1,4 (0,38-4,93)	<b>13,3 (5,30-33,58)</b>	1,3 (0,65-2,47)	0,7 (0,18-3,04)	3,7 (0,86-15,75)

\* NINGUNA= NI CONDUCTA VIOLENTA, NI PSICOPÁTICA; V=SÓLO CONDUCTA VIOLENTA; P=SÓLO CONDUCTA PSICOPÁTICA; VP= CONDUCTA VIOLENTA Y PSICOPÁTICA; GL= GRADOS DE LIBERTAD

§ TODAS LAS VARIABLES SE AJUSTARON CON SEXO, EDAD, ESTADO CIVIL, NIVEL EDUCATIVO, SITUACIÓN LABORAL, POBREZA SEGÚN NBI, SE INCLUYEN LOS DEMÁS TRASTORNOS SEGÚN EL PERIODO DE REFERENCIA; EN EL CASO DE CUALQUIER DE LOS TRASTORNO DEPRESIVO O ANSIOSOS SE INCLUYÓ LA PREVALENCIA DE VIDA DE ABUSO/DEPENDENCIA A ALCOHOL, EN EL CASO DE CUALQUIER TRASTORNO ACTUAL DEPRESIVO O ANSIOSO SE CONTROLÓ ADEMÁS CON LA PREVALENCIA ANUAL DE ABUSO/DEPENDENCIA DE ALCOHOL; EN NEGRITA VALORES CON INTERVALOS DE CONFIANZA SIGNIFICATIVAMENTE DIFERENTES A 1.00

## Análisis Multivariados

Los análisis multivariados encontraron que, en comparación con las personas sin conductas violentas o psicopáticas, las personas con antecedentes de CV tenían significativamente mayor chance de ser personas entre los 25 y 44 años, de sexo masculino, tener una menor instrucción, padecer algún TM como depresión, trastorno de ansiedad generalizada, padecer abuso/dependencia de alcohol, padecer abuso/dependencia a tabaco, tener indicadores suicidas y homicidas, consumir sustancias ilegales.

En comparación con las personas sin conductas violentas o psicopáticas, las personas con antecedentes de CP tenían una chance significativamente mayor de ser personas jóvenes, ser analfabetas, tener menores ingresos familiares, padecer un trastorno de estrés postraumático, haber padecido de abuso o dependencia

de alcohol alguna vez en su vida, ser probable jugador patológico, tener pensamientos homicidas, ser consumidores de marihuana y haber sido consumidores de cocaína.

Finalmente, las personas con CVP, en comparación con las personas sin estas conductas, tienen una mayor chance de ser personas más jóvenes, de sexo masculino, tener menos educación, no tener seguro médico, vivir en una vivienda de características inadecuadas, vivir en pobreza extrema, padecer de trastornos depresivos, trastorno de ansiedad generalizada, agorafobia, padecer de problemas de abuso/dependencia al alcohol, abuso/dependencia a tabaco, ser jugador patológico, tener antecedentes de trastorno hiperactivo en la infancia, haber presentado indicadores suicidas alguna vez en su vida, presentar pensamiento homicidas, marihuana, haber consumido cocaína, tener una menor chance de existencia de amor y ternura entre ella y sus padres.

**Tabla 4. Prevalencia de otros problemas de salud mental en la población con presencia de conductas violentas y/o psicopáticas de Lima Metropolitana**

PROBLEMAS DE SALUD MENTAL (PREVALENCIAS EN POBLACIÓN GRAL, %)	Total n	Tipo de conductas (n)*				ODD Ratio (Ref A)			ODD Ratio Ajustado § (Ref A)		
		Ninguna conducta (n=3322)	Sólo Violentas (n=924)	Sólo Psicopáticas (n=95)	Violentas y psicopáticas (n=95)	Sólo conductas violentas vs Ninguna conducta	Sólo conductas psicopáticas vs Ninguna conducta	Conductas violentas y psicopáticas vs Ninguna conducta	Sólo conductas violentas vs Ninguna conducta	Sólo conductas psicopáticas vs Ninguna conducta	Conductas violentas y psicopáticas vs Ninguna conducta
<b>INDICADORES SUICIDAS Y HOMICIDAS</b>											
Deseos de morir vida (23,4)	1136	20,6 (0,8)	31,5 (1,8)	33,9 (6,0)	31,8 (6,4)	<b>1,8 (1,47-2,14)</b>	<b>2,0 (1,16-3,36)</b>	1,8 (0,99-3,24)	<b>1,9 (1,51-2,32)</b>	1,7 (0,91-3,03)	1,7 (0,88-3,25)
Deseos de morir anual (4,6)	222	4,0 (0,4)	6,8 (1,0)	5,1 (2,7)	5,9 (2,5)	<b>1,8 (1,22-2,56)</b>	1,3 (0,44-3,94)	1,5 (0,62-3,77)	<b>1,7 (1,15-2,65)</b>	1,1 (0,32-3,89)	1,9 (0,72-5,16)
Ideación suicida vida (8,9)	441	6,9 (0,5)	14,6 (1,3)	13,0 (4,2)	18,9 (5,2)	<b>2,3 (1,78-2,97)</b>	2,0 (0,96-4,19)	<b>3,1 (1,58-6,15)</b>	<b>2,1 (1,57-2,76)</b>	1,5 (0,72-3,29)	<b>2,2 (1,03-4,85)</b>
Ideación suicida anual (2,2)	104	1,6 (0,3)	4,2 (0,8)	1,2 (0,9)	2,5 (1,8)	<b>2,7 (1,68-4,39)</b>	0,8 (0,18-3,25)	1,6 (0,37-6,64)	<b>2,3 (1,38-3,79)</b>	0,5 (0,11-2,27)	1,5 (0,31-7,25)
Intento suicida vida (2,9)	135	1,8 (0,2)	5,6 (0,9)	6,2 (3,7)	9,9 (4,3)	<b>3,3 (2,15-4,95)</b>	<b>3,7 (1,01-13,17)</b>	<b>6,1 (2,25-16,32)</b>	<b>2,9 (1,85-4,54)</b>	2,8 (0,75-10,79)	<b>4,1 (1,28-13,23)</b>
Ideación homicida vida (3,0)	142	1,5 (0,3)	6,5 (1,0)	7,4 (3,9)	18,6 (4,7)	<b>4,6 (2,89-7,33)</b>	<b>5,4 (1,68-17,05)</b>	<b>15,2 (6,61-30,51)</b>	<b>3,8 (2,40-6,05)</b>	<b>4,6 (1,47-14,3)</b>	<b>10,2 (4,97-20,82)</b>
Ideación homicida anual (0,9)	40	0,5 (0,2)	1,7 (0,5)	2,0 (1,2)	5,8 (2,8)	<b>3,7 (1,45-9,55)</b>	<b>4,4 (1,15-16,97)</b>	<b>13,3 (3,93-44,89)</b>	<b>3,1 (1,39-7,01)</b>	<b>4,2 (1,07-16,60)</b>	<b>7,2 (2,47-20,89)</b>
<b>CONSUMO DE SUSTANCIAS</b>											
Alcohol vida (95,3)	4228	94,7 (0,6)	97,5 (0,7)	95,3 (2,4)	98,0 (2,0)	<b>2,2 (1,25-3,83)</b>	1,2 (0,41-3,28)	2,7 (0,39-18,94)	1,1 (0,60-1,93)	0,8 (0,27-2,65)	0,9 (0,16-5,27)
Alcohol anual (71,9)	3146	69,2 (1,1)	81,0 (1,4)	72,0 (5,6)	79,7 (5,5)	<b>1,9 (1,55-2,33)</b>	1,1 (0,66-2,00)	1,7 (0,90-3,40)	<b>1,3 (1,04-1,59)</b>	1,0 (0,53-1,72)	0,8 (0,55-1,15)
Tabaco vida (62,6)	2723	57,6 (1,2)	78,0 (1,6)	67,4 (5,8)	83,5 (4,9)	<b>2,6 (2,15-3,19)</b>	1,52 (0,90-2,58)	<b>3,7 (1,85-7,56)</b>	<b>1,8 (1,47-2,28)</b>	1,3 (0,72-2,43)	1,2 (0,62-2,38)
Tabaco anual (19,9)	811	16,2 (0,9)	30,4 (1,8)	20,3 (4,5)	46,5 (6,1)	<b>2,3 (1,85-2,76)</b>	1,3 (0,76-2,30)	<b>4,5 (2,76-7,33)</b>	<b>1,8 (1,47-2,27)</b>	1,0 (0,51-1,78)	<b>2,5 (1,77-3,64)</b>
Marihuana vida (5,7)	225	3,7 (0,4)	8,2 (1,1)	14,2 (4,7)	41,1 (6,1)	<b>2,3 (1,64-3,34)</b>	<b>4,3 (1,97-9,51)</b>	<b>18,2 (10,5-31,3)</b>	<b>1,2 (0,82-1,86)</b>	<b>3,6 (1,47-8,81)</b>	<b>6,1 (3,02-12,48)</b>
Marihuana anual (0,9)	36	0,6 (0,2)	1,0 (0,4)	5,2 (2,6)	9,7 (3,3)	1,8 (0,63-4,92)	<b>9,9 (2,97-32,88)</b>	<b>19,3 (7,43-50,03)</b>	1,0 (0,01-174,9)	<b>66,6 (7,4-602,9)</b>	<b>59,8 (5,2-689,6)</b>
Cocaína vida (3,2)	136	1,2 (0,2)	6,9 (1,0)	5,5 (2,4)	31,3 (5,4)	<b>6,2 (4,10-9,39)</b>	<b>4,8 (1,81-12,93)</b>	<b>37,8 (20,8-68,7)</b>	<b>3,2 (1,99-4,98)</b>	1,8 (0,59-5,55)	<b>7,2 (3,56-14,47)</b>
Cualquier sustancia legal no alcohólica vida (64,4)	2808	59,4 (1,2)	79,9 (1,6)	68,7 (5,7)	83,5 (4,9)	<b>2,7 (2,22-3,34)</b>	1,5 (0,88-2,56)	<b>3,5 (1,71-7,02)</b>	<b>2,0 (1,64-2,54)</b>	1,4 (0,81-2,56)	<b>2,0 (1,01-3,96)</b>
Cualquier sustancia legal no alcohólica anual (20,9)	862	17,1 (0,9)	31,6 (1,9)	21,6 (4,5)	46,5 (6,1)	<b>2,2 (1,83-2,73)</b>	1,3 (0,78-2,30)	<b>4,2 (2,59-6,86)</b>	<b>1,9 (1,50-2,29)</b>	1,2 (0,67-2,08)	<b>2,3 (1,43-3,61)</b>
Cualquier sustancia ilegal vida (7,1)	287	4,3 (0,5)	11,8 (1,3)	14,9 (4,7)	48,5 (6,2)	<b>3,0 (2,19-4,05)</b>	<b>3,9 (1,82-8,33)</b>	<b>21,0 (12,3-35,7)</b>	<b>2,3 (1,65-3,13)</b>	<b>3,7 (1,70-8,20)</b>	<b>12,3 (7,38-20,62)</b>
Cualquier sustancia ilegal anual (1,2)	43	0,6 (0,2)	1,2 (0,5)	5,2 (2,6)	15,3 (4,4)	2,0 (0,77-5,06)	<b>9,0 (2,75-29,32)</b>	<b>29,4 (12,3-70,8)</b>	1,9 (0,69-5,14)	<b>9,8 (2,72-35,65)</b>	<b>14,2 (5,55-36,50)</b>

§ AJUSTADO CON SEXO, EDAD, ESTADO CIVIL, NIVEL EDUCATIVO, SITUACIÓN LABORAL, POBREZA SEGÚN NBI Y PARA LOS INDICADORES SUICIDA Y HOMICIDA SE INCLUYÓ CUALQUIER TRASTORNO MENTAL EN LA VIDA O EN ÚLTIMO AÑO SEGÚN PERIODO DE REFERENCIA; PARA EL CASO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS SE CONTROLÓ TANTO POR VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS COMO CON EL RESTO DE SUSTANCIAS; EN NEGRITA VALORES CON INTERVALOS DE CONFIANZA SIGNIFICATIVAMENTE DIFERENTES A 1.00. SE INCLUYERON SÓLO AQUELLOS PROBLEMAS CON RECuento NO PONDERADO >30)

## Discusión

A nuestro entender pocos son los estudios en América Latina que han relacionado a nivel poblacional las conductas violentas y/o psicopáticas con factores sociodemográficos, problemas de salud mental, siendo este el primer reporte a nivel poblacional en nuestro medio. En líneas generales, este estudio contribuye a la literatura existente sobre los factores asociados con la violencia y conductas psicopáticas en la región y establecer diferenciaciones con respecto al tipo de conductas. Los problemas estudiados tienen una alta prevalencia y se confirma su importancia en el marco de la salud pública. Se encontró que 25% de los adultos de Lima Metropolitana había presentado conductas violentas o conductas psicopáticas, y aunque las comparaciones entre los estudios sobre violencia son complicadas por las distintas formas de medirla, esta cifra fue mayor a la reportada en la ciudad de Medellín, donde 18% de la población adulta había perpetrado algún tipo de conducta vinculada a la violencia o a actos delictivos (18). Asimismo, el 2,8% de la población adulta de Lima había perpetrado alguna vez un robo, y en general 4,4% habría cometido algún acto delictivo como vender o comprar objetos de dudosa procedencia o robados, incluido el robo mismo. Similar hallazgo ha sido encontrado en la ciudad de Medellín en el año 2011, donde el 3% de la población había presentado estas conductas alguna vez en su vida. En esta dirección estudios recientes en Norteamérica han estimado que la prevalencia en población adulta de personalidad psicopática se encuentra en 4,3% y 20,3% presentó un síndrome de conductas antisociales caracterizada por los criterios de personalidad antisocial del DSM-5 sin considerar la necesidad de trastorno de conducta antes de los 15 años <sup>(45)</sup>. No hay una explicación a las prevalencias más altas de conductas antisociales encontradas en dicho estudio en comparación con nuestros hallazgos.

Encontramos una frecuencia mayor de sexo masculino entre las personas con conductas violentas o psicopáticas. Es más alta la proporción entre las personas con CVP frente a los otros grupos. No se encontró diferencias estadísticamente significativas en el grupo de personas con conductas psicopáticas sin violencia siendo similares entre hombres y mujeres. Un estudio reciente en EEUU encontró un porcentaje mayor el sexo masculino en personas con síndrome de conducta antisocial, aunque este estudio no diferencia

entre violentos y no violentos (45). Al igual que en otros estudios de la región las conductas violentas o psicopáticas se asociaron con un menor nivel educativo, un menor nivel socioeconómico (18), en nuestro estudio a costa de menor instrucción superior en comparación con personas sin estas conductas. Sin embargo, los análisis multivariados no identificaron diferencias significativas con respecto a la instrucción y al sexo en las personas con conductas psicopáticas sin violencia, y en el caso de la pobreza extrema según NBI y habitar en una vivienda inadecuada solo se encontró asociación significativa con las personas con CVP. A diferencias de otros estudios, después de controlar con las otras variables sociodemográficas, ninguna de las conductas violentas o psicopáticas se asociaron con el estado laboral. Hallazgos similares fue reportado en el estudio colombiano, pero para las personas con agresión física con armas. Una explicación podría ser que entre aquellos con empleo subsiste el subempleo y la precariedad del empleo que algunos autores sugieren como características de los modelos económicos neoliberales <sup>(46)</sup>; sin embargo, también debemos considerar la falta de poder de la muestra para detectar las diferencias encontradas, especialmente en aquellos con CVP. Por otro lado, desde el punto de vista social debemos remarcar que según los hallazgos de este estudio las personas con CVP están con mayor frecuencia desprotegidas en la atención de sus necesidades de salud por tener una menor cobertura de salud que el resto de las personas.

Este de estudio demuestra que la violencia como un problema de salud, tiene una alta comorbilidad psiquiátrica. Algunos autores han enfatizado la importancia de considerar el efecto de las trayectorias de desarrollo y psicopatología en personas víctimas de violencia <sup>(47)</sup>. Si consideramos que la violencia es multifactorial y que está expuesta a diversos factores a varios niveles que interactúan entre si entenderemos también la complejidad psicopatológica que emerge. Tanto la violencia en como la psicopatología se relacionan con eventos tempranos como el abuso a temprana edad o maltrato parental de tal manera que no sólo predispondría a conductas de violencia sino también el desarrollo de trastornos mentales. La chance de padecer algún TM alguna vez en la vida o en el último año en las personas con conductas violentas y/o psicopáticas fue significativamente mayor en comparación con las personas sin estas conductas

aun controlando con factores sociodemográficos. Las prevalencias más altas de encontraron en personas con CVP y en las personas con CV. En caso de las CVP la chance de padecer algún TM alguna vez en su vida fue 6 veces mayor en comparación con las personas sin conductas psicopáticas o violentas, y a su vez fue superior significativamente en relación a las personas que presentaban CV o CP. Un 61,8% de las personas con CVP había padecido algún TM alguna vez en su vida, cerca de un tercio lo había padecido en el último año y una quinta parte de estas personas lo encontraba padeciendo al momento de la entrevista. Otros estudios de conductas antisocial y conductas violentas han encontrado una alta asociación con TM<sup>(48,49,45,50)</sup>. Los análisis multivariados ajustados para factores sociodemográficos y todos los demás TM mostraron que, en comparación con las personas sin conductas violentas o psicóticas, las personas con antecedentes de CV y las personas con CVP tienen una mayor chance padecer episodio depresivo en el último año. No se encontró diferencias significativas en aquellas personas con conductas psicopáticas sin violencia y depresión. Hallazgos en este sentido fueron reportados por Goldstein y colaboradores en un estudio poblacional de síndromes antisociales, aunque este estudio no diferencia entre conductas antisociales con o sin violencia<sup>(45)</sup>. Otros estudios han reportado en una relación inversa entre depresión y psicopatía, sugiriendo mecanismos biológicos y cognitivos antagónicos, en especial con la ansiedad involucrada frecuentemente en el síndrome depresivo<sup>(51)</sup>.

Los análisis multivariados ajustados para factores sociodemográficos y todos los demás TM mostraron que, en comparación con las personas sin conductas violentas o psicóticas, las personas con antecedentes de CV tenían significativamente una mayor chance de padecer trastorno de ansiedad generalizada y las personas con CVP, mostraron una mayor chance de padecer en el último año trastorno de ansiedad generalizada y agorafobia. Similares hallazgos han sido reportados en otros estudios de agresores<sup>(48)</sup>, y es coherente con propuestas que sugieren que existe una superposición en los circuitos cerebrales y sistema neuroquímicos que regulan la agresividad y la ansiedad, con problemas en la regulación emocional<sup>(50,52,53)</sup>. Sin embargo, en el presente estudio destaca la presencia de TEPT sólo en aquellas personas con conductas psicopáticas sin violencia lo que no ha sido reportado

con anterioridad y podría sugerir la posibilidad de un tipo un constructo distinto en comparación con las personas con conductas psicopáticas con violencia.

Este estudio encontró una mayor presencia de experiencias psicóticas en los tres grupos, en especial con la CP. Nuestro hallazgos podrían ser congruentes con una revisión amplia de 21 investigaciones por Short y colaboradores concluyó que existiría una moderada asociación entre esquizofrenia y violencia, aunque esta podría estar mediada por otros factores como uso de sustancias, comorbilidad, circunstancias familiares o de privación, y en existiría una evidencia más clara entre los trastornos de personalidad, entre ellos la antisocial o psicopática, la narcisista y la personalidad paranoide y la conducta violenta<sup>(54)</sup>. A esto agregaríamos que un estudio encontró que las personas con esquizofrenia con antecedentes de criminales tenían una mayor prevalencia de personalidad antisocial<sup>(55)</sup>. Sin embargo, nuestro estudio reporta sobre la presencia de episodio psicótico según los criterios del MINI y que se aproxima más al concepto de “experiencias psicóticas” reportado en otros estudios que sin ser trastornos se han relacionado con otros trastornos mentales<sup>(56,57)</sup>. En este sentido, podría sugerirse que estas experiencias podrían vincularse también con conductas violentas y problemas de conducta delictiva, probablemente mediados por otros factores como el consumo de sustancias.

Con respecto a los indicadores suicidas nuestro estudio encontró una mayor chance de ideación suicida en el último año en las personas con CV aun controlando con factores sociodemográfico y la presencia de otros trastornos mentales, pero no en las personas con CP. Este último hallazgo concuerda con el hallazgo con depresión y lo referido anteriormente sobre la correlación entre depresión y personalidad antisocial<sup>(45)</sup>. Sin embargo, la literatura ha mostrado hallazgos inconclusos respecto a esta asociación desde aquellos que la vinculan con homicidios seguido de suicidios y que identifican personas agresivas con su entorno próximo<sup>(58)</sup> y otros que han relacionado la agresión física y la ideación suicida en estudiantes universitarios<sup>(59)</sup>. Este último estudio encontró por ejemplo que 55% de las personas con ideación suicida tenía historia de violencia, mientras que 39% de las personas violentas tenían ideación suicida. En nuestro estudio 31,5% de las personas con conductas violentas había deseado morir alguna vez en su vida, mientras que 5,6% lo había

intentado alguna vez. Por otro lado, nuestros hallazgos no concuerdan con reportes en agresores de pareja que indican lo contrario<sup>(60,61)</sup>, aunque se diferencian del presente que han sido realizados en grupos específicos y no en la población general como este estudio.

Se encontró una alta prevalencia de ideación homicida en este estudio, en especial del grupo con CPV quien tenía 7 veces un mayor chance de presentarla en comparación con personas sin estas conductas. No encontramos en la literatura reportes similares en población general. Un estudio reciente en población finlandesa universitaria encontró prevalencias de 66,9% de ideación homicida, siendo mayor en varones en comparación con las mujeres. La literatura es escasa con relación a la ideación homicida y sus implicancias, y los autores han sugerido que no se cuenta todavía con suficiente evidencia científica para considerar los pensamiento o fantasías homicidas como predictor de peligro heteroagresivo futuro<sup>(62)</sup>. Sin embargo, el hecho de que en nuestros estudios se relacionara con conducta violentas y/o psicopáticas manifiestas sugiere que existe un nexo que crea la necesidad de una exploración más profunda en estudios de cohortes sobre su potencialidad predictiva.

Nuestro estudio encontró una asociación importante entre el consumo de alcohol y el uso nocivo o dependencia de alcohol tanto en las personas con CV y CP, pero en especial en las personas con ambas conductas. Un estudio de cohortes de 30 años estimó que existe una asociación causal entre el abuso de alcohol y la conducta violenta y sugiere que el abuso de alcohol explica entre 5-10% del riesgo de perpetración de violencia, violencia familiar, victimización<sup>(63)</sup>. Al respecto a la mayor chance de uso nocivo o dependencia al alcohol en personas con CPV, algunos autores proponen que las personas con personalidad antisocial son más susceptibles al efecto agresivo relacionado con el alcohol que personas sin este tipo de personalidad. Es probable que esto se explique debido a que tanto la violencia como la psicopatía tienen una relación independiente con el alcohol.

Con respecto al consumo de marihuana también se encontró un chance significativamente mayor en los tres grupos estudios, en especial en aquellos con conductas CPV, en comparación con las personas sin estas conductas. Estudios recientes han reportado

una disminución de la criminalidad y de los accidentes de tráfico en los estados donde se ha legalizado el uso médico de marihuana sugiriendo que una relación de causalidad en esta disminución<sup>(64,65)</sup>. Otro estudio experimental reciente encontró que mientras el alcohol facilitaba sentimientos de agresividad en personas con consumo severo de alcohol, la marihuana disminuía estos sentimientos en usuarios regulares de la misma. Asimismo, otros estudios poblacionales no encontraron asociación entre el consumo de marihuana y la perpetración de violencia o crímenes violentos<sup>(66,67)</sup>. Nuestros hallazgos no serían congruentes con estas sugerencias, y el consumo de marihuana se encontró en 9,7% de las personas con CPV frente a 0,6% sin estas conductas. En este sentido un estudio de seguimiento desde los 10 – 12 años hasta los 22 años adjudicó a la marihuana un rol superior al alcohol como mediador para trastorno por uso de sustancias y de ofensas violentas<sup>(68)</sup>. Son necesarios más estudios para esclarecer esta asociación y en una muestra mayor.

Por otro lado, también es notoria que las personas con CVP tienen una mayor chance de haber consumido cocaína en comparación con las otras conductas aisladas. En esta dirección un estudio encontró que las personas dependientes a cocaína con personalidad antisocial eran más impulsivos y agresivos que los controles<sup>(69)</sup>. Si bien nuestro estudio no reporta sobre dependencia a cocaína, sí demostraría que solo el antecedente de consumo de cocaína puede ser importante como efecto pernicioso de estas sustancias aún sin la necesidad de reunir criterios establecido para un trastorno. En la línea de las adicciones, este estudio reveló una asociación significativa entre la presencia de conductas psicopáticas y conductas violentas y psicóticas con juego patológicos. No fue significativa con la presencia de conductas solo violentas. Es posible que la conducta psicopática medie en esta asociación. No hay muchos reportes al respecto, sin embargo, un estudio en mujeres con problemas de abuso reveló que las mujeres con antecedentes de abuso de sustancias y conductas psicopáticas en especial con conductas violentas tenían tres veces más propensión a presentar problemas de juego patológicos en contraste con las mujeres sin tendencia violentas<sup>(70)</sup>.

Con relación al consumo de tabaco se encontró una mayor chance de consumo de tabaco en personas con conductas violentas con o sin conductas

psicopáticas; otros estudios han reportado hallazgos en esta misma dirección tanto en sujetos sanos como en personas con trastornos de personalidad sugiriendo una vulnerabilidad compartida de disfunción del sistema serotoninérgico<sup>(71)</sup>. Sin embargo, la literatura muestra hallazgos contradictorios, un estudio placebo controlado encontró que la nicotina tenía un efecto calmante en las mujeres, pero de aumentar el humor agresivo en los varones<sup>(72)</sup>; lo cual está en línea con estudios en ratones que encuentran una asociación entre la exposición prenatal al tabaco y la presencia de un incremento en agresión en las crías en ratones machos pero no en las hembras. Otro estudio reciente encontró una asociación entre conducta impulsiva agresiva y trastornos por uso de sustancias incluyendo el tabaco, y además encontró que el inicio de la conducta impulsiva agresiva precedía generalmente al problema de sustancias<sup>(73)</sup>. En este sentido estudios previos sugirieron que la nicotina regula áreas cerebrales que están involucradas en la inhibición de emociones negativas como la cólera y que los déficits en el manejo de la cólera podrían ser un factor de riesgo para el inicio de fumar tabaco y de adicción a la nicotina<sup>(74)</sup>. Por lo tanto, podría sugerirse que el consumo de tabaco en personas violentas podría tener la intención de reducir las emociones negativas como la cólera.

### Limitaciones

Deben considerarse las siguientes limitaciones en el marco de este estudio. Si bien se utilizaron tarjetas para obtener las respuestas con mayor privacidad, los auto-reportes de violencia pueden generar sub-reportes por efecto de la deseabilidad social. Dado que la encuesta involucra temas de salud mental, no se puede descartar que exista falta de reportes de tipo sistemático, ya sea por no querer responder conscientemente o por temor a la estigmatización. También debemos considerar que en las preguntas sobre violencia y conductas psicopáticas no se ha cubierto todo el ámbito de los problemas delictivos asociados a la violencia. Asimismo, gran parte de la encuesta se apoya en la perspectiva del entrevistado y en su memoria para reportar sus experiencias pasadas y los diagnósticos psiquiátricos, si bien son congruentes con los hallazgos en otros países, han sido obtenidos a través de encuestas estructuradas y no han sido verificadas por psiquiatras, lo que podría generar un sobre o sub diagnóstico. También se debe considerar que la encuesta se realizó en residentes habituales de hogares, por lo tanto, las personas institucionalizadas por sus problemas de salud

mental, o por problemas con la ley o sin vivienda fija no fueron incluidas en este estudio. Se trata de un estudio transversal, por lo tanto, las asociaciones identificadas no discriminan causalidad. Finalmente, el tamaño de la muestra puede haber influenciado en la no detección de algunas asociaciones.

### Conclusiones

La identificación de factores asociados a la violencia desde la perspectiva epidemiológica orienta a la posibilidad de prevenirla y/o de disminuir sus efectos (5). La violencia encierra una alta complejidad y dada su marcada asociación con aspectos psicopatológicos sugiere que comparten variables similares. Se requiere más estudios que establezcan la dinámica de esta asociación y que incluya el estudio de eventos de vida y de estilos de crianza recibido por sus progenitores. Las personas con conductas violentas y/o psicopáticas tienen una alta carga de morbilidad psiquiátrica en especial con trastornos por uso de sustancias, pero también con otros problemas de salud mental. Sin embargo, identificamos características que distinguen cada una de estas conductas, pero en particular las personas con conductas violentas asociadas a conductas psicopáticas se presentan con mayores problemas. Este grupo de personas es en el que se encuentra una mayor morbilidad y por lo tanto requiere particular atención desde la perspectiva clínica y desde las políticas para combatir la inseguridad ciudadana.

### Recomendaciones

- Los programas de prevención de la violencia en establecimientos de salud requieren la inclusión de la identificación temprana no solo de las víctimas de la violencia, sino también de los perpetradores en sus distintas formas.
- Se deben considerar programas integrales de salud mental en las personas involucradas en actos violentos o conductas psicopáticas, no sólo a la identificación de problemas relacionados a adicciones (sustancias y juego patológico), sino también en problemas de depresión y ansiedad particularmente en las personas con conductas violentas.
- Los programas de rehabilitación de las personas que delinquen deben colocar énfasis en el tratamiento psiquiátrico y psicológico, para reducir el círculo vicioso que se genera entre las adicciones y las conductas violentas y/o psicopáticas.

**Bibliografía**

1. Dahlberg LL, Mercy JA. History of violence as a public health issue. *AMA Virtual Mentor*, February 2009. Volume 11, No. 2: 167-172.
2. World Health Organization. Document 49a ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD. WHA49.25 Prevención de la violencia: una prioridad de salud pública.
3. Dahlberg LL, Krug EG. Violence a global public health problem. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2006; 11(2):277-292.
4. World Health Organization. Global consultation on violence and health. Violence: a public health priority. Geneva: WHO; 1996 (document WHO/EHA/SPI. POA.2).
5. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R eds. World report on violence and health. Geneva, World Health Organization, 2002.
6. Duque LF, Klevens J, Ramirez C. Overlap and Correlates of Different Types of Aggression Among Adults: Results From a Cross-Sectional Survey in Bogota, Colombia. *Aggressive Behavior*. 2003; 29: 191-201.
7. Chiu GR, Lutfey KE, Litman HJ, Link CL, Hall SA, McKinlay JB. Prevalence and overlap of childhood and adult physical, sexual, and emotional abuse: a descriptive analysis of results from the Boston Area Community Health (BACH) survey. *Violence Vict*. 2013;28(3):381-402.
8. Moeller FG, Dougherty DM. Antisocial Personality Disorder, Alcohol, and Aggression. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. <https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh25-1/5-11.htm>
9. Sperry L. Handbook of Diagnosis and Treatment of the DSM-IV Personality Disorders. New York: Brunner/Mazel, 1995.
10. Asociación Psiquiátrica de América Latina, Sección de Diagnóstico y Clasificación. Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico, Versión revisada (GLADP-VR). Lima: Asociación Psiquiátrica de América Latina, 2012.
11. Nizama-Valladolid, M. Estudio Fenomenológico Descriptivo de 120 pacientes dependientes principalmente a Pasta Básica de Cocaína". *Anales de Salud Mental*, 1991;7(1-2): 9-31.
12. National Center for Health Statistics. Health, United States, 2015: With Special Feature on Racial and Ethnic Health Disparities. Hyattsville, MD. 2016.
13. Peden M, McGee K, Krug E (Eds). Injury: a leading cause of the global burden of disease, 2000. Geneva, World Health Organization, 2002
14. Valdez Huarcaya W , Miranda Monzon JS. Carga de Enfermedad en el Perú. Estimación de los años de vida saludables perdidos 2012. Lima: Dirección General de Epidemiología, MINSA. Junio 2014.
15. United Nations Office on Drugs and Crime; World Development Indicators database (VC.IHR.PSRC.P5). Obtenido en <https://www.indexmundi.com/facts/indicators/VC.IHR.PSRC.P5/rankings/>
16. Jaitman E. The Cost of Crime and Violence: new evidence and insights in Latina America and the Caribbean. Washington: Inter- American Development Bank, 2017.
17. Simon TR, Kresnow MJ, Bossarte RM. Self-reports of violent victimization among U.S. adults. *Violence Vict*. 2008;23(6):711-26.
18. Duque LF, Montoya NE, Restrepo A. Violence witnessing, perpetrating and victimization in Medellín, Colombia: a random population survey. *BMC Public Health*. 2011;11:628. doi:10.1186/1471-2458-11-628.
19. Heise LL. Violence Against Women. An Integrated, Ecological Framework. *Violence Against Women*. 1998; 4 (3): 262-290.
20. Rheingold AA, Zinzow H, Hawkins A, Saunders BE, Kilpatrick DG. Prevalence and mental health outcomes of homicide survivors in a representative US sample of adolescents: data from the 2005 National Survey of Adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*. 2012 Jun;53(6):687-94. doi: 10.1111/j.1469-7610.2011.02491.x. Epub 2011 Dec 23.
21. Zinzow HM, Ruggiero KJ, Resnick H, Hanson R, Smith D, Saunders B, Kilpatrick D. Prevalence and mental health correlates of witnessed parental and community violence in a national sample of adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*. 2009 Apr;50(4):441-50. doi: 10.1111/j.1469-7610.2008.02004.x. Epub 2008 Feb 10.
22. Iverson KM, McLaughlin KA, Gerber MR, Dick A, Smith BN, Bell ME, Cook N, Mitchell KS. Exposure to Interpersonal Violence and Its Associations With Psychiatric Morbidity in a U.S. National Sample: A Gender Comparison. *Psychol Violence*. 2013 Jul;3(3):273-287. Iverson KM1, McLaughlin KA2, Gerber MR3, Dick A4, Smith BN5, Bell ME5, Cook N4, Mitchell KS5.
23. Koss MP, Koss PG, Woodruff WJ. Deleterious effects of criminal victimization on women's health and medical utilization. *Arch Intern Med*. 1991 Feb;151(2):342-7.
24. Scott KD, Schafer J, Greenfield TK. The role of alcohol in physical assault perpetration and victimization. *J Stud Alcohol*. 1999 Jul;60(4):528-36.
25. Torres de Galvis Y, Salas-Zapata C, Sierra-Hincapie G, Agudelo-Martinez A. Factores asociados a la violencia en Itagüí (Colombia) en 2012. *Revista CES MEDICINA*. 2014; 28 (1): 61-75.
26. Okuda M, Olfson M, Wang S, Rubio JM, Xu Y, Blanco C. Correlates of intimate partner violence perpetration: results from a National Epidemiologic Survey. *J Trauma Stress*. 2015 Feb;28(1):49-56. doi: 10.1002/jts.21986. Epub 2015 Jan 26.
27. Schlack R, Petermann F. Prevalence and gender patterns of mental health problems in German youth with experience of violence: the KiGGS study. *BMC Public Health*. 2013 Jul 2;13:628. doi: 10.1186/1471-2458-13-628.



28. Coid J, Yang M, Roberts A, Ullrich S, Moran P, Bebbington P, Brugha T, Jenkins R, Farrell M, Lewis G, Singleton N. Violence and psychiatric morbidity in a national household population--a report from the British Household Survey. *Am J Epidemiol*. 2006 Dec 15;164(12):1199-208. Epub 2006 Oct 10.
29. Yang M, Wong SC, Coid JW. Violence, mental health and violence risk factors among community women: an epidemiological study based on two national household surveys in the UK. *BMC Public Health*. 2013 Oct 29;13:1020. doi: 10.1186/1471-2458-13-1020.
30. Reichenheim ME, de Souza ER, Moraes CL, de Mello Jorge MH, da Silva CM, de Souza Minayo MC. Violence and injuries in Brazil: the effect, progress made, and challenges ahead. *Lancet*. 2011 Jun 4;377(9781):1962-75. doi: 10.1016/S0140-6736(11)60053-6. Epub 2011 May 9.
31. Perales A, Sogi C. Conductas violentas en adolescentes: Identificación de factores de riesgo para diseño de programa preventivo. Serie: Monografías de Investigación No. 3, Lima: Instituto Nacional de Salud Mental, 1995.
32. Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao – Replicación 2012 Informe General. *Anales de Salud Mental*. 2013; 29 (Suplemento 1): 1-392.
33. Instituto Nacional de Salud Mental. Confiabilidad y validez de los cuestionarios de salud mental de Lima y de la Selva Peruana. *Anales de Salud Mental* 2009; XXV (Supl. 1): 1-259.
34. Tourangeau R, Yan T. Sensitive Questions in Surveys. *Psychological Bulletin*. 2007; 133(5): 859 – 883.
35. Perales A, Sogi C, Sánchez E, Salas RE. Salud Mental de una población urbano marginal de Lima, en Serie : Monografías de Investigación No 2. . Lima: INSM Honorio Delgado- Hideyo Noguchi"; 1995.
36. Lecrubier Y, Weiller E, Hergueta T, Amorim P, Bonora LI, Lépine JP, et al. Mini International Neuropsychiatric Interview. Versión en Español 5.0.0. 2001; documento proporcionado por el autor.
37. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The Development and Validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry*. 1998; 59 Suppl. 20: 22-33.
38. Lecrubier Y, Weiller E, Hergueta T, Amorim P, Bonora L.I, Lépine J.P, Sheehan D, Janavs J, Baker R, Sheehan K.H, Knapp F y Sheehan M. Mini International Neuropsychiatric Interview Plus (M.I.N.I. Plus). Versión en español 5.0.0. 2000.
39. Echeburúa E, Báez C, Fernández- Montalvo J, Páez D. Cuestionario de Juego Patológico de South Oaks (SOGS): Validación Española. *Análisis y Modificación de Conducta* 1994; 20 (74): 769-791.
40. Barbarán Torres T, Vásquez Vega J, Flores Vásquez, E. Satisfacción familiar en jóvenes con conducta adictiva al juego. *Wiñay Yachay*. 2002; 6(1):89-101.
41. Kessler RC, Adler L, Ames M, Demler O, Faraone S, Hiripi E, Howes MJ, Jin R, Secnik K, Spencer T, Ustun TB, Walters EE. The World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population. *Psychol Med*. 2005 Feb;35(2):245-56.
42. Schwartz KI, Zapata-Vega M I, Mezzich JE, Mazzotti G. (2006). Validation study of the Multicultural Quality of Life Index (MQLI) in a Peruvian sample. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 28(1):24-8.
43. INEI. Manual de la Encuestadora de la Encuesta Nacional de Hogares 2000 IV trimestre Oct 2000.
44. Feres JC, Macero X. Enfoques para la medición de la pobreza. Breve revisión de la literatura. Santiago de Chile: UN; 2001 Available at: <http://www.eclac.org/publicaciones/Estadisticas/9/lcl1479/lcl1479e.pdf>. Accessed Nov 3, 2005.
45. Goldstein RB, Chou SP, Saha TD, Smith SM, Jung J, Zhang H, Pickering RP, Ruan WJ, Huang B, Grant BF. The Epidemiology of Antisocial Behavioral Syndromes in Adulthood: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions-III. *J Clin Psychiatry*. 2017 Jan;78(1):90-98. doi: 10.4088/JCP.15m10358.
46. Solano Solano M A. Capitalismo y violencia. *InterSedes: Revista de las Sedes Regionales*. 2005; 6(1-25). Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=66612870010>. Fecha de consulta: 31 de julio de 2017.
47. Cerdá M, Digangi J, Galea S, Koenen K. Epidemiologic research on interpersonal violence and common psychiatric disorders: where do we go from here? *Depress Anxiety*. 2012 May;29(5):359-85. doi: 10.1002/da.21947.
48. Coid J, Yang M, Roberts A, Ullrich S, Moran P, Bebbington P, Brugha T, Jenkins R, Farrell M, Lewis G, Singleton N. Violence and psychiatric morbidity in a national household population--a report from the British Household Survey. *Am J Epidemiol*. 2006 Dec 15;164(12):1199-208. Epub 2006 Oct 10.
49. Yang M, Wong SC, Coid JW. Violence, mental health and violence risk factors among community women: an epidemiological study based on two national household surveys in the UK. *BMC Public Health*. 2013 Oct 29;13:1020. doi: 10.1186/1471-2458-13-1020.
50. Shorey RC1, Febres J, Brasfield H, Stuart GL. The Prevalence of Mental Health Problems in Men Arrested for Domestic Violence. *J Fam Violence*. 2012 Nov 1;27(8):741-748. Epub 2012 Aug 19.
51. Lovelace L, Gannon L. Psychopathy and depression: mutually exclusive constructs? *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 1999; 30:169-176.
52. Neumann ID, Veenema AH, Beiderbeck DI. Aggression and Anxiety: Social Context and Neurobiological Links. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*. 2010;4(12):1-16. doi:10.3389/fnbeh.2010.00012.

53. Shorey RC, Brasfield H, Febres J, Stuart GL. An Examination of the Association between Difficulties with Emotion Regulation and Dating Violence Perpetration. *Journal of aggression, maltreatment & trauma*. 2011;20(8):870-885. doi:10.1080/10926771.2011.629342.
54. Short V, Lennox C, Stevenson C, Senior J, Shaw J. *Mental Illness, Personality Disorder and Violence: A Scoping Review*. Manchester: The Offender Health Research Network, 2012. Obtenido en: [www.ohrn.nhs.uk/OHRNResearch/MIviolence.pdf](http://www.ohrn.nhs.uk/OHRNResearch/MIviolence.pdf)
55. Maghsoodloo S, Ghodousi A, Karimzadeh T. The relationship of antisocial personality disorder and history of conduct disorder with crime incidence in schizophrenia *J Res Med Sci*. 2012 Jun; 17(6): 566–571. PMID: PMC3634297
56. McGrath JJ, Saha S1, Al-Hamzawi A, Alonso J, Bromet EJ, Bruffaerts R, Caldas-de-Almeida JM, Chiu WT, de Jonge P, Fayyad J, Florescu S, Gureje O, Haro JM, Hu C, Kovess-Masfety V, Lepine JP, Lim CC, Mora ME, Navarro-Mateu F, Ochoa S, Sampson N, Scott K, Viana MC, Kessler RC. Psychotic Experiences in the General Population: A Cross-National Analysis Based on 31,261 Respondents From 18 Countries. *JAMA Psychiatry*. 2015 Jul;72(7):697-705. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2015.0575.
57. Varghese D1, Scott J, Welham J, Bor W, Najman J, O'Callaghan M, Williams G, McGrath J. Psychotic-like experiences in major depression and anxiety disorders: a population-based survey in young adults. *Schizophr Bull*. 2011 Mar;37(2):389-93. doi: 10.1093/schbul/sbp083. Epub 2009 Aug 17.
58. Dubugras Sá S, Guevara Werlang BS. Homicidio seguido de suicidio. *Univ. Psychol*. 2007; 6 (2): 231-244.
59. Chan KL1, Tiwari A, Leung WC, Ho HW, Cerulli C. Common correlates of suicidal ideation and physical assault among male and female university students in Hong Kong. *Violence Vict*. 2007;22(3):290-303.
60. Ilgen MA 1, Chermack ST, Murray R, Walton MA, Barry KL, Wojnar M, Blow FC. The association between partner and non-partner aggression and suicidal ideation in patients seeking substance use disorder treatment. *Addictive Behaviors* [10 Oct 2008, 34(2):180-186 (PMID:18977093 PMID:PMC2615474)]
61. Heru AM1, Stuart GL, Rainey S, Eyre J, Recupero PR. Prevalence and severity of intimate partner violence and associations with family functioning and alcohol abuse in psychiatric inpatients with suicidal intent. *J Clin Psychiatry*. 2006 Jan;67(1):23-9.
62. Gellerman DM1, Suddath R. Violent fantasy, dangerousness, and the duty to warn and protect. *J Am Acad Psychiatry Law*. 2005;33(4):484-95.
63. Boden JM, Fergusson DM, Horwood LJ. Alcohol misuse and violent behavior: findings from a 30-year longitudinal study. *Drug Alcohol Depend*. 2012 Apr 1;122(1-2):135-41. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2011.09.023. Epub 2011 Oct 19.
64. Anderson DM, Hansen B, Rees DI. Medical Marijuana Laws, Traffic Fatalities, and Alcohol Consumption. *The Journal of Law & Economics* Vol. 56, No. 2 (May 2013), pp. 333-369
65. Morris RG, TenEyck M, Barnes JC, Kovandzic TV. The Effect of Medical Marijuana Laws on Crime: Evidence from State Panel Data, 1990-2006. *PLoS One*. 2014; 9(3): e92816. Published online 2014 Mar 26. doi: 10.1371
66. Smith PH1, Homish GG, Leonard KE, Cornelius JR. Intimate partner violence and specific substance use disorders: findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychol Addict Behav*. 2012 Jun;26(2):236-45. doi: 10.1037/a0024855. Epub 2011 Aug 8.
67. Green KM, Doherty EE, Stuart EA, Ensminger ME. Does heavy adolescent marijuana use lead to criminal involvement in adulthood? Evidence from a multiwave longitudinal study of urban African Americans. *Drug Alcohol Depend*. 2010 Nov 1;112(1-2):117-25. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2010.05.018. Epub 2010 Jul 3.
68. Reynolds MD, Tarter RE, Kirisci L, Clark DB. Marijuana But Not Alcohol Use During Adolescence Mediates the Association Between Transmissible Risk for Substance Use Disorder and Number of Lifetime Violent Offenses. *Journal of Criminal Justice*. 2011;39(3):218-223. doi:10.1016/j.jcrimjus.2011.02.002.
69. Moeller FG1, Dougherty DM, Barratt ES, Oderinde V, Mathias CW, Harper RA, Swann AC. Increased impulsivity in cocaine dependent subjects independent of antisocial personality disorder and aggression. *Drug Alcohol Depend*. 2002 Sep 1;68(1):105-11.
70. Cunningham-Williams RM1, Abdallah AB, Callahan C, Cottler L. Problem gambling and violence among community-recruited female substance abusers *Psychol Addict Behav*. 2007 Jun;21(2):239-43.
71. Dakwar E; Popii M; Coccaro EF. Lifetime History of Cigarette Smoking Associated with Aggression and Impulsivity in Both Healthy and Personality Disordered Volunteers. *Journal of Personality Disorders; New York*25.5 (Oct 2011): 645-55.
72. File SE, Fluck E, Leahy A. Nicotine has calming effects on stress-induced mood changes in females, but enhances aggressive mood in males. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2001 Dec;4(4):371-6.
73. Coccaro EF, Fanning JR, Lee R. Intermittent Explosive Disorder and Substance Use Disorder: Analysis of the National Comorbidity Survey Replication Sample. *J Clin Psychiatry*. 2017 Jun;78(6):697-702. doi: 10.4088/JCP.15m10306.
74. Gehricke JG, Potkin SG, Leslie FM, Loughlin SE, Whalen CK, Jamner LD, Mbogori J, Fallon JH. Nicotine-induced brain metabolism associated with anger provocation. *Behav Brain Funct*. 2009 Apr 24;5:19. doi: 10.1186/1744-9081-5-19.