

eman ta zabal zazu



Universidad  
del País Vasco

Euskal Herriko  
Unibertsitatea

# **Lehen pasarte psikotikoak eta delitu bortitzak: kausa ala mito?**

/

# **Primeros episodios psicóticos y delitos violentos: ¿Causa o mito?**

Doktore Tesia / Tesis Doctoral

Doktoregaia / Doctoranda

**OIHANE MENTXAKA SOLOZABAL**

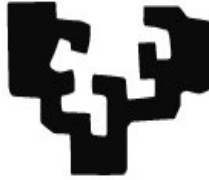
Tesi Zuzendariak / Directores de Tesis

**RAFAEL SEGARRA ECHEBARRÍA & JON GARCÍA ORMAZA**

**Bilbao, 2017**



eman ta zabal zazu



Universidad  
del País Vasco

Euskal Herriko  
Unibertsitatea

**Lehen pasarte psikotikoak eta delitu  
bortitzak: kausa ala mitoa?**

/

**Primeros episodios psicóticos y delitos  
violentos: ¿Causa o mito?**

Doktore Tesia / Tesis Doctoral

Doktoregaia / Doctoranda

**OIHANE MENTXAKA SOLOZABAL**

Tesi Zuzendariak / Directores de Tesis

**RAFAEL SEGARRA ECHEBARRÍA & JON GARCÍA ORMAZA**

**Bilbao, 2017**



*A los Médicos Forenses,  
por vuestra labor diaria.*

*Con la colaboración de:*

**biocruces**  
osasun ikerketa institutua  
instituto de investigación sanitaria

## **Esker onak / Agradecimientos**

Todo empezó el 20 de mayo del año 2008, un día que nunca olvidaré, cuando por primera vez atravesé el barrio de San Jorge mientras me dirigía a la que sería mi casa durante los siguientes cuatro años. Mi más sincero agradecimiento a todos los profesionales que en aquel entonces formábais parte de las UHP del Hospital de Navarra y del Hospital Vigen del Camino, así como de la Red de Salud Mental de Navarra, porque gracias a vosotros descubrí la psiquiatría. Allí conocí a grandes profesionales y mejores amigos que tengo la suerte de mantener en la actualidad y echar de menos cada día. Eskerrikasko Miren, Carmen, Fernando y Estitxu, porque sé que siempre estaréis cuando os necesite. Muchas gracias Nacho y Joselito por todas esas novatadas que solo vosotros sabéis hacer. Y sobre todo, milesker Jose Mari, por enseñarme tanto sobre la psiquiatría y, aún más, sobre la vida.

Fue durante el último año de residencia cuando conocí a los que, en el momento actual, forman parte de mi equipo de trabajo. Muchas gracias al servicio de psiquiatría del Hospital Universitario de Cruces, por acogerme y permitirme formar parte de un buen equipo. En especial, eskerrikasko a mis compañeras de planta, Susana y Marga, por su comprensión y colaboración estos últimos meses. Muchas gracias Iñaki por ser el “mediador” indispensable de esta tesis y a Mariana, por tus consejos y psicoterapia diaria. Mención especial merecen mis directores de tesis, Rafa y Jon, las dos personas que me han acompañado y guiado en la aventura de esta tesis.

No quisiera tampoco olvidarme de aquellas personas que han colaborado activamente en que esta tesis saliera adelante. Muchas gracias a Amaia por explicarme pacientemente todos los trámites necesarios, que no han sido pocos. Eskerrikasko Biocruces, especialmente a Eunáte, por su profesionalidad, buena disposición y eficiencia. Milesker Iñaki Bilbao y sus compañeros, que forman parte de la División de Análisis Estadísticos del Departamento de Seguridad, por vuestra indispensable colaboración, siempre dispuestos a responder a mis dudas y transmitirme con gran profesionalidad y humildad vuestro conocimiento sobre el tema. Mi más profundo agradecimiento a los Médicos Forenses del Instituto Vasco de Medicina Legal, especialmente a Guillermo Portero y Carlos Cubero, por permitir que esta tesis sea hoy una realidad. Muchísimas gracias a Carmen y su equipo, por ayudarme en el proceso de

recogida de datos y dedicarme vuestro tiempo con gran amabilidad. Ha sido un placer trabajar con todos vosotros.

Por último, mi mayor agradecimiento es para mi familia. Eskerrikasko aita eta ama, por apoyarme siempre en todas mis locuras y ayudarme en todo lo que podéis y mas. Sin vosotros no sería quien soy. Eskerrikasko Mila eta Jesus, por vuestra comprensión, apoyo y colaboración continua. Reservo estas últimas líneas para la persona que más me ha ayudado con esta tesis , la persona que ha dedicado gran parte de su tiempo a apoyarme, orientarme e impulsarme en los momentos en los que pensaba que no lo conseguiría. La mejor y más segura elección de mi vida, la que nunca cambiaría, eskerrikasko Unai. Eta nola ez, zuretzat dira nire azkenengo hitzak, zuk eman dizkidazulako proiektu honekin aurrera jarraitzeko indarra eta kementa. Zure adierazgarri diren irrifarre eta zorientasun horri esker, eguneroko erronkei aurre egitea errazagoa delako, eskerrikasko gure Lukentxo.

*Oihane Mentxaka Solozabal*

*Gurutzetan, 2017ko ekainean.*

# AURKIBIDEA / ÍNDICE

## SARRERA

<b>1. ATALA. INDARKERIA .....</b>	<b>21</b>
1.1. Indarkeria osasun publikorako arazo gisa .....	22
1.2. Indarkeria eta jarrera bortitza .....	26
1.3. Indarkeriaren sailkapena .....	28
1.3.1. Motaren arabera .....	28
1.3.2. Eragindako minaren arabera .....	28
1.3.3. Biktima motaren arabera .....	29
1.3.3.1. Emakumearen aurkako indarkeria .....	29
1.3.3.2. Haurren aurkako indarkeria .....	30
1.3.3.3. Pertsona adinduen aurkako indarkeria .....	30
1.3.4. Gertatzen den tokiaren arabera .....	30
1.3.4.1. Indarkeria etxean .....	30
1.3.4.2. Indarkeria eskolan .....	31
1.3.4.3. Indarkeria lantokian .....	31
1.3.4.4. Indarkeria kulturaren .....	31
1.3.4.5. Indarkeria kaleetan .....	31
1.3.4.6. Indarkeria pantailatan .....	31
1.3.5. Erasotzaile motaren arabera .....	32



1.3.5.1. Gazteen arteko indarkeria .....	32
1.3.5.2. Indarkeria psikopatikoa .....	32
1.3.5.3. Indarkeria terrorista .....	32
1.3.5.4. Krimen antolatua .....	32
1.4. Indarkeriarako arrisku-faktoreak .....	33
1.4.1. Faktore biologikoak .....	34
1.4.1.1. Genetikoak .....	34
1.4.1.2. Hormonak eta neurotransmisoreak .....	36
1.4.1.3. Irudi neurologikoa .....	36
1.4.2. Faktore psikologikoak .....	38
1.4.3. Faktore sozialak .....	40
1.4.4. Kultura edota inguruneko faktoreak .....	42
<b>2. ATALA. ZIGOR KODEA .....</b>	<b>43</b>
2.1. Indarkeriazko delitua .....	43
2.2. Delituak eta faltak Zigor Kodean .....	44
2.2.1. Zigor Kodearen aldaketa. 2015eko uztaileko erreforma .....	45
2.3. Delitu bortitzak Zigor Kodean .....	46
2.3.1. Giza hilketa eta giza hilketaren formak .....	46
2.3.2. Lesioak .....	48
2.3.3. Askatasunaren aurkako delituak .....	51
2.3.4. Torturak eta osotasun moralaren aurkako beste delituak .....	55
2.3.5. Sexu askatasunaren eta ukigabetasunaren aurkako delituak .....	57

2.3.6. Ondarearen, eta gizarte eta ekonomiaren ordenaren kontrako delituak .....	63
2.3.7. Segurtasun kolektiboaren aurkako delituak .....	67
2.3.8. Ordena publikoaren aurkako delituak .....	71
<b>3. ATALA. DELITU BORTITZAK, DATUETAN .....</b>	<b>76</b>
3.1. 2009-2016 aldian ikertutako eremu geografikoan egindako arau-hauste penalak .....	76
3.1.1. Ertzaintzak Muskizeko ertzainetxearen eremuan ezagututako arau-hauste penalak .....	76
3.1.1.1. Abanto-Zierbena udalerria .....	79
3.1.1.2. Muskiz udalerria .....	81
3.1.1.3. Ortuella udalerria .....	83
3.1.1.4. Portugalete udalerria .....	85
3.1.1.5. Santurtzi udalerria .....	86
3.1.1.6. Zierbena udalerria .....	88
3.1.2. Ertzaintzak Sestaoko ertzainetxearen eremuan ezagututako arau-hauste penalak .....	90
3.1.2.1. Barakaldo udalerria .....	92
3.1.2.2. Sestao udalerria .....	94
3.1.2.3. Trapagaran udalerria .....	96
3.2. Muskiz eta Sestaoko ertzainetxeek burututako atxiloketak eta ikerketak generoaren ikuspegitik .....	98
<b>4. ATALA. DESINSTITUZIONALIZAZIO PSIKIATRIKOA ETA INDARKERIA .....</b>	<b>101</b>

<b>5. ATALA. PSIKOSIA ETA INDARKERIAZKO DELITUAK .....</b>	<b>104</b>
5.1. Psikosia delitua egiteko arrisku-faktore gisa .....	104
5.1.1. Buru gaixotasun larria eta indarkeria .....	104
5.1.2. Eskizofrenia eta indarkeria .....	105
5.2. Lehen gertaera psikotikoak eta indarkeria .....	109
5.2.1. Jarrera oldarkorren maiztasuna PEPetan .....	110
5.2.2. Indarkeria tratamenduaren aurretik eta ondoren .....	112
5.2.3. DUParen eta indarkeria mailaren arteko erlazioa.....	114
5.2.4. Jarrera oldarkorrari lotutako psikopatologia.....	115
5.2.5. Indarkeriari lotutako beste faktore batzuk.....	116
5.3. Indarkeria eta lehenengo gertakari psikotikoak genero ikuspegitik .....	120
5.3.1. Lehen gertakari psikotikoa eta generoa .....	120
5.3.2. Indarkeria arriskua eta generoa .....	123

## **IKERKETAREN ZERGATIA**

<b>1. ATALA. IKERKETAREN ZERGATIA .....</b>	<b>128</b>
1.1. Ikerketaren zergatia .....	128

# **IKERKETAREN HELBURUAK ETA**

## **HIPOTESIAK**

<b>1. ATALA. IKERKETAREN HELBURUAK .....</b>	<b>134</b>
1.1. Helburu nagusia .....	134
1.2. Bigarren mailako helburuak .....	134
<b>2. ATALA. IKERKETAREN HIPOTESIAK .....</b>	<b>135</b>
2.1. Hipotesi nagusiak .....	135
2.2. Bigarren mailako hipotesiak .....	135

## **MATERIALAK ETA METODOAK**

<b>1. ATALA. LAGINA .....</b>	<b>138</b>
1.1. Laginaren deskribapena .....	138
1.1.1. Gurutzetako Unibertsitate Ospitaleko Lehen Gertaera Psikitikoen Unitatea (CRUPEP) .....	138
1.1.2. Auzitegi Medikuntzako Euskal Erakundea .....	140
1.2. Ikerketan sartzeko eta kanpoan uzteko irizpideak .....	141
1.3. Ikerketaren aldagaiak .....	141
1.3.1 Ikerketan parte hartu duten guztiengandik jasotako aldagaiak .....	142
1.3.2 IVMLan eragile gisa aurrekariak dituzten parte-hartzaileei buruz bildutako aldagaiak .....	143

1.4. Datu bilketa eta kudeaketa .....	146
1.5. Ikerketaren diseinua .....	147
<b>2. ATALA. ANALISI ESTADISTIKOA .....</b>	<b>148</b>
2.1. Analisi estatistikoa .....	148
2.2. Kriminaltasun tasaren kalkulua .....	148
2.3. Laginaren maila sozioekonomikoaren ebaluaketa .....	149

## **EMAITZAK**

<b>1. ATALA. ANALISI DESKRIBATZAILEA .....</b>	<b>152</b>
1.1. Kriminaltasun tasak 2009-2016 .....	152
1.2. LGP lagina osoaren deskribatzailea .....	155
1.3. Lege Medikuntzako Euskal Institutoan (LMEI) ekintza aurrekariak dituzten lehen gertakari psikotikoen (LGP) deskribatzailea .....	159
1.3.1. Ikerturiko azpitaldeen arteko ezberdintasunak .....	159
1.4. Lege Medikuntzako Euskal Institutoan lehenengo ekintza aurrekariaren deskribatzailea .....	162
1.5. Lege Medikuntzako Euskal Institutoan (LMEI) bigarren ekintza aurrekariaren deskribatzailea .....	167
1.6. Lege Medikuntzako Euskal Institutoan (LMEI) hiruren ekintza aurrekariaren deskribatzailea .....	172
1.7. Lege Medikuntzako Euskal Institutoan (LMEI) laugarren ekintza aurrekariaren deskribatzailea .....	177
1.8. Lehenengo arau-haustearen deskribatzailea .....	181

1.9. Lehen gertaera psikotiko bat (LGP) arau-hauste penal baten biktima den lehendabiziko ekintzaren deskribatzailea .....	183
1.10. Erasotzaile berreorlearen deskribatzailea .....	185
<b>2. ATALA. ANALISI UNIBARIANTE ETA MULTIBARIANTEA .....</b>	<b>187</b>
2.1 Analisi unibariante eta multibariantea .....	187
2.1.1 Analisi unibariante eta multibariantea daukaten azpitaldeak .....	187
2.1.1.1. LGP biktima vs. LGP ez biktima .....	187
2.1.1.2. LGP erasotzailea vs. LGP ez erasotzailea .....	189
2.1.2 Analisi unibariantea soilik duten azpitaldeak .....	191
2.1.2.1. LGP erasotzaile berreorlea vs. LGP aldi bakarreko erasotzailea .....	191
2.1.2.2. LGP erasotzaile berreorlea vs. LGP ez erasotzailea .....	191
2.1.2.3. LGP biktima berreorlea vs. LGP aldi bakarreko biktima .....	192
2.1.2.4. LGP biktima berreorlea vs. LGP ez biktima .....	193

## **DISCUSIÓN**

<b>1ª SECCIÓN. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS .....</b>	<b>195</b>
1.1. Descriptivo de la consulta CRUPEP .....	195
1.2. Primer episodio psicótico y el riesgo de cometer una infracción penal .....	196
1.3. Características diferenciales del primer episodio psicótico agresor .....	197
1.3.1 El DUP como factor de riesgo de violencia .....	198

1.3.2 El consumo de tóxicos como factor de riesgo para la violencia .....	200
1.3.3 Abandono del tratamiento como factor de riesgo para la violencia .....	201
1.3.4 Psicopatología y comorbilidad como factores de riesgo para la violencia .....	204
1.4. Características diferenciales del primer episodio psicótico víctima .....	206
1.4.1 Antecedentes de victimización previa y violencia .....	207
1.5. Tipo de infracción penal cometida durante un primer episodio psicótico .....	209
<b>2ª SECCIÓN. CONTRIBUCIONES, LIMITACIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>213</b>
2.1. Contribuciones del estudio .....	213
2.2. Limitaciones del estudio .....	215
2.3. Futuras líneas de investigación .....	216

## **CONCLUSIONES**

<b>1ª SECCIÓN. CONCLUSIONES DEL ESTUDIO .....</b>	<b>220</b>
1.1. Conclusiones del estudio .....	220

## **BIBLIOGRAFIA/ BIBLIOGRAFÍA**

Bibliografía/ Bibliografía .....	224
----------------------------------	-----

# TAULEN AURKIBIDEA /

## ÍNDICE DE TABLAS

1. TAULA. Ertzaintzak Muskizeko ertzainetxearen eremuan ezagututako arau-hauste penalak 2009-2016 urteetan.....	77
2. TAULA. Ertzaintzak Abanto-Zierbena udalerrian ezagututako arau-hauste penalak 2009-2016 urteetan .....	79
3. TAULA. Ertzaintzak Muskiz udalerrian ezagututako arau-hauste penalak 2009-2016 urteetan .....	81
4. TAULA. Ertzaintzak Ortuella udalerrian ezagututako arau-hauste penalak 2009-2016 urteetan .....	83
5. TAULA. Ertzaintzak Portugalete udalerrian ezagututako arau-hauste penalak 2009-2016 urteetan .....	85
6. TAULA. Ertzaintzak Santurtzi udalerrian ezagututako arau-hauste penalak 2009-2016 urteetan .....	87
7. TAULA. Ertzaintzak Zierbena udalerrian ezagututako arau-hauste penalak 2009-2016 urteetan .....	89
8. TAULA. Ertzaintzak Sestaoko ertzainetxearen eremuan ezagututako arau-hauste penalak 2009-2016 urteetan.....	90
9. TAULA. Ertzaintzak Barakaldo udalerrian ezagututako arau-hauste penalak 2009-2016 urteetan .....	92
10. TAULA. Ertzaintzak Sestao udalerrian ezagututako arau-hauste penalak 2009-2016 urteetan .....	95
11. TAULA. Ertzaintzak Trapagaran udalerrian ezagututako arau-hauste penalak 2009-2016 urteetan .....	96
12. TAULA. Muskiz eta Sestaoko ertzainetxeek 2015 eta 2016 urteetan burututako atxiloketak eta ikerketak, generoaren ikuspegitik .....	98
13. TAULA. Ikerketan onartzeko eta ez onartzeko irizpieak .....	141
14. TAULA. Pazienteen aldagai sozio-demografikoak .....	155
15. TAULA. Diagnosi motaren maiztasun eta ehunekoa .....	156



<b>16. TAULA.</b> LMEIan ekintza aurrekari kopurua eta aurretiko biktimizazioaren maiztasun eta ehunekoia .....	<b>157</b>
<b>17. TAULA.</b> Aurrekari kopuru, biktima/erasotzaile rola, adina eta DUParen batzbestekoa eta desbideratze tipikoa .....	<b>158</b>
<b>18. TAULA.</b> Ezbedintasun adierazgarriak dituzten aldagaiak hiru azpitaldeetan .....	<b>159</b>
<b>19. TAULA.</b> Sintomen hasierako adinaren eta erasotzaile izandako aurrekari kopuruaren maiztasuna, media eta desbideratze tipikoa .....	<b>161</b>
<b>20. TAULA.</b> Erasotzaile/biktimaren arteko konparaketa LMEIan lehenengo ekintza aurrekarian .....	<b>162</b>
<b>21. TAULA.</b> LGPek euren lehenengo ekintza aurrekarian egindako arau-hauste penalak ...	<b>165</b>
<b>22. TAULA.</b> LGPak lehen aldiz biktima direneko arau-hauste motak.....	<b>165</b>
<b>23. TAULA.</b> LMEIan aurrekariak dituzten LGPen sustantzia kontsumoa lehendabiziko ekintza aurrekarian .....	<b>166</b>
<b>24. TAULA.</b> Biktima/ erasotzaile: lehendabiziko ekintza aurrekarian .....	<b>167</b>
<b>25. TAULA.</b> Biktima/ erasotzaile: bigarren ekintza aurrekarian .....	<b>168</b>
<b>26. TAULA.</b> LGPek euren bigarren ekintza aurrekarian egindako arau-hauste penalak .....	<b>170</b>
<b>27. TAULA.</b> LGPak bigarren aldiz biktima direneko arau-hauste motak .....	<b>170</b>
<b>28. TAULA.</b> LMEIan aurrekariak dituzten LGPen sustantzia kontsumoa bigarren ekintza aurrekarian .....	<b>171</b>
<b>29. TAULA.</b> Biktima/ erasotzaile: bigarren ekintza aurrekarian .....	<b>172</b>
<b>30. TAULA.</b> Biktima/ erasotzaile: hirugarren ekintza aurrekarian .....	<b>172</b>
<b>31. TAULA.</b> LGPek euren hirugarren ekintza aurrekarian egindako arau-hauste penalak.....	<b>175</b>
<b>32. TAULA.</b> LGPak hirugarren aldiz biktima direneko arau-hauste motak.....	<b>175</b>
<b>33. TAULA.</b> LMEIan aurrekariak dituzten LGPen sustantzia kontsumoa hirugarren ekintza aurrekarian .....	<b>176</b>
<b>34. TAULA.</b> Biktima/ erasotzaile: hirugarren ekintza aurrekarian .....	<b>177</b>
<b>35. TAULA</b> Erasotzailearen ezaugarriak laugarren ekintza aurrekarian LMEIan .....	<b>177</b>
<b>36. TAULA.</b> LGPak laugarren aldiz erasotzaile diren arau-hauste mota .....	<b>179</b>
<b>37. TAULA.</b> LMEIan aurrekariak dituzten LGPen sustantzia kontsumoa laugarren ekintza aurrekarian .....	<b>180</b>

<b>38. TAULA.</b> Biktima mota: laugarren ekintza aurrekaria LMEIan.....	<b>180</b>
<b>39. TAULA.</b> Ezaugarri diferentzialak “biktima-erasotzaile” eta “biktima bakarrik”-en artean .....	<b>183</b>
<b>40. TAULA.</b> Aldi bateko erasotzaile eta erasotzaile berreorlearen artean ezberdintasun adierazgarriak dituzten aldagaiak .....	<b>185</b>
<b>41. TAULA.</b> Analisi unibariante eta multibariantea: LGP biktima vs. LGP ez biktima.....	<b>187</b>
<b>42. TAULA.</b> Analisi unibariante eta multibariantea: LGP erasotzaile vs. LGP ez erasotzaile .....	<b>189</b>
<b>43. TAULA.</b> Analisi unibariantea: LGP erasotzaile berreorlea vs. LGP aldi bakarreko erasotzailea .....	<b>191</b>
<b>44. TAULA.</b> Analisi unibariantea: LGP erasotzaile berreorlea vs. LGP ez erasotzailea .....	<b>191</b>
<b>45. TAULA.</b> Analisi unibariantea: LGP biktima berreorlea vs. LGP aldi bakarreko biktima.....	<b>192</b>
<b>46. TAULA.</b> Analisi unibariantea: LGP biktima berreorlea vs. LGP ez biktima.....	<b>193</b>

# **IRUDIEN AURKIBIDEA /**

## **ÍNDICE DE FIGURAS**

<b>1. IRUDIA.</b> OSI Ezkerraldean IP MEDEAren “quintilen” distribuzioa .....	<b>150</b>
<b>2. IRUDIA.</b> Urteroko kriminaltasun tasak, biztanlaria osoaren eta LGPen kasuan .....	<b>152</b>
<b>3. IRUDIA.</b> Kriminaltasun urteroko tasak LGPetan sexuaren arabera.....	<b>153</b>
<b>4. IRUDIA.</b> Kriminaltasun urteroko tasak tratamendua hartzen dutenen eta hartzen ez dutenen artean.....	<b>154</b>
<b>5. IRUDIA.</b> Kriminaltasun urteroko tasak DUParen iraupenaren arabera .....	<b>154</b>



# SARRERA

# **1. atala. INDARKERIA**

## **1.1. Indarkeria osasun publikorako arazo gisa**

Osasunaren Mundu Biltzarrak, 1996an ospatu zen 49. bileran onartutako WHA49.25 ebazpenaren arabera, indarkeria mundu osoan hazten ari den osasun publikorako arazo gisa definitu zuen. Biltzarrean indarkeriak dakartzan ondorioak nabarmendu zituzten, epe laburrera zein luzera begira, norbanakoengan, familien baitan, komunitateetan edota herrialdeetan, azpimarra berezia eginez osasun zerbitzuetan eragin ditzakeen kalteen inguruan. Biltzarrak deia luzatu zien kideei, berehala aintzat har zezaten herrialde partaideen baitako indarkeriaren arazoa, eta Osasunaren Mundu Erakundearen (OME) zuzendari orokorrari agindua eman zion osasun publikorako jarduerak ezar zitzan, indarkeriari aurre egiteko asmoz (Indarkeriari eta osasunari buruzko mundu txostena, 2003). Jarraian, aipatutako ebazpena atxikitzen da.

"Osasunaren 49. Mundu Biltzarrak,

Kezka handiz ikusirik nahita eragindako kolpeen ugaritzea mundu osoan, adin guztietako eta sexu bietako pertsonengan, baina, bereziki, emakume eta haurrengan;

Gizarte Garapenerako Mundu Biltzarraren Adierazpenean luzatutako deia bere egiten du, osasun publikoaren eta zerbitzu sozialen arloko politika eta programa zehatzak burutu daitezzen, gizarteko indarkeria aurreikusi eta haren efektuak leuntze aldera;

Populazio eta Garapenari buruzko Nazioarteko Biltzarrean (Kairo, 1994), eta Emakumeari buruzko 4. Mundu Biltzarrean (Beijing, 1995) emandako gomendioak bere egiten ditu, emakume eta neskatoen aurkako indarkeria berehala jorratu dadin eta haien osasunean izan ditzakeen ondorioak azter daitezzen;

Nazio Batuen Adierazpena gogoratzuz, emakumeen aurkako indarkeria deuseztatze aldera;

Komunitate zientifikoak Melbourneko Adierazpenean luzatutako deia aintzat hartuta, zeina traumatismoen aurkako borrokari buruzko nazioarteko 3. biltzarrean (1996) onartu baitzuten, mundu osoko hiritarren segurtasuna zaintzeko xedez;

Ezaguturik indarkeriak berehala zein epe luzera eragin ditzakeen kalteak, bai osasunean bai norbanako, familia, erkide zein herrialdeen garapen psikologiko eta sozialean;

Onarturik indarkeriak edozein lekutako osasun-zerbitzuetan duen eragin geroz eta handiagoa, bai eta horrek eragiten duen kaltea zenbait herrialde edo erkideren baliabide urrietan;

Onarturik osasungintzako eragileak izan ohi direla indarkeriaren biktimak artatzen lehenak, eta paregabeko gaitasun teknikoa daukatela, baita komunitatean posizio berezia ere, arriskuan egon daitezkeenei laguntzeko;

Onarturik OMEk, osasun publikorako nazioarteko lana koordinatzeaz arduratzen den organismo nagusia izanda, erantzukizuna duela Estatu Kideen artean lidergoa eta orientazio lana aurrera eramateko osasun publikorako programen garapenean, zeinak bideratuta baitaude norberaren edota besteenganako indarkeria aurreikusteko;

1. ADIERAZTEN DU indarkeria osasun publikorako arazo garrantzitsua dela mundu osoan;

2. GALDEGITEN DIE Estatu Kideei euren lurraldeetako indarkeriaren arazoa ebaluatu dezatela, eta arazo horri buruz duten informazioa eta aurre egiteko era OMERI helaraz diezazkiotela;

3. ESKATZEN DIO Zuzendari Nagusiari, eskura dituen baliabideek ahalbidetzen duten heinean, abian jar ditzala osasun publikorako jarduerak, indarkeriaren arazoari aurre egiteko, besteak beste, asmo hauekin:

- 1) indarkeria mota ezberdinak zehaztea, haien tamaina definitzea, eta indarkeriaren arrazoiak eta hark osasun publikoan dituen eraginak ebaluatzea, azterketan sexuen araberako desberdintasunetan oinarritutako ikuspuntua ere gehituz;

2) indarkeria aurreikustera eta haren efektuak leuntzera bideratutako neurri eta programen eraginkortasuna ebaluatzea, arreta berezia eskainiz komunitateari begirako ekimenei;

3) arazo honi irtenbidea emateko jarduerak proposatzea, herrialde zein nazioarte mailan, baita honelako neurriak ere:

a) indarkeriaren antzematea, jakinarazpena eta haren ondorioen kudeaketa hobetzea;

b) sektore arteko parte-hartze handiagoa sustatzea indarkeriaren prebentzioan eta kudeaketan;

c) indarkeriari buruzko ikerketak bultzatzea, osasun publikorako ikerketen artean lehentasuna emanez;

d) indarkeriaren prebentzio-programetarako gomendioak prestatzea eta zabaltzea, nazio, estatu zein mundu mailan;

4) OMEren programa tekniko egokien parte-hartze koordinatu eta aktiboa bermatzea;

5) Erakundearen eta gobernu, tokiko agintaritza eta Nazio Batuen sistemako beste erakunde batzuen arteko elkarlana indartzea, indarkeria saihesteko eta gutxitzeko programen planifikazioa, betetzea eta jarraipena egiteko;

4. HALABER, ESKATZEN DIO Zuzendari Nagusiari txosten bat aurkez dezala Kontseilu Betearazlearen 99. batzarrean, ordura arte egindako aurrerapenak deskribatuz, bai eta ekintza-plan bat ere, indarkeriaren prebentzioan osasun publikorako ikuspuntu zientifikoa izate aldera".

Halere, indarkeriaren arazoa hain da zabala, non ospe eta eragite-gaitasun handiko beste agenteek ere aztertu duten. Horren adibide da Munduko Medikuntza Elkargoa (AMM), non 54. Batzar Orokorrean onetsitako Indarkeriaren eta osasunaren inguruko adierazpenean (Helsinki, 2003) - zeina bost urte geroago 59. Batzar Orokorrean berretsi



zen - 2000an 1,6 milioi pertsonatik gora hil zirela indarkeriaren ondorioz. Horrek esan nahi du egunero 4.000 pertsonatik gora hiltzen direla indarkeriaz mundu osoan. Iturri beraren arabera, pertsona horien erdia baino gehiagok bere buruaz beste egin zuen, ia erdia erail zituzten eta gainerakoak gatazka bortitzen ondorioz hil ziren. Izan ere, arazo sakon baten izeberg-aren punta baino ez da, eskuratu dugun informazioa, hein handi batean, informazio-sistema garatuak dituzten herri aurreratuetatik iritsi baitzaigu. Halere, indarkeria modu asko diru-sarrera txikiko testuinguruetan ohikoagoak direla ikusi da eta, horiek, ez dituzte OMERi informazioa emateko baliabide asko. Horri informazioa biltzeko izan daitezkeen arazoak gehitu behar diogu, indarkeria mota desberdin ugari (haurren aurkako tratatu txarrak eta haurra abandonatzea, bikotekideen arteko indarkeria eta zaharrei tratatu txarrak ematea, adibidez) ez direlako askotan jakinarazten beldurra, lotsa edo kultura-arauak edo presio soziala bizi delako.

AMMren 54. Batzar Orokorrak emandako datuei dagokienez, hurrengoak nabarmentzen ditugu, adierazgarrienak iruditzen zaizkigulako:

- Eraildako gazte bakoitzeko, 20 eta 40 gazte bitartean artatzen dira ospitaleetan indarkeriaren ondoriozko zauriekin.

- Bost emakumetik batek, eta ehuneko 5 eta 10 bitartean adierazi du haurtzaroan sexu-abusuak jasan izan dituela.

- Biztanlerian oinarritutako nazioarteko hainbat ikerketak diote emakumeen % 69k bikotekidearen eraso fisiko motaren bat jaso izan duela.

Indarkeriak eragindako kalte zuzenez gain, Batzarrak berak egiaztatu zuen osasunean ondorio ugari izateaz gain, buruko osasunean eta ugalketan barne, sexu bidezko transmisioeko gaixotasunetan, esaterako. Horri guztiari indarkeriak hainbat urte iraun ditzakeela eta ezintasun fisiko edo mentala betiko eragin dezakeela gehitu behar diogu.

Batzarrean ikusi zen faktore bakar batek bere kabuz bakarrik ez duela indarkeria sortzen, indarkeria banakakoaren, harremanen, komunitatearen, gizartearen eta politikaren arloetako faktoreen elkarrekintza konplexuaren ondorioz sortzen dela baizik. Halere, indarkeria eragiten duten faktoreak asko badira ere, denek dute ezaugarri komun

bat: jasandako osasun-kalteak kezkarriak dira medikuentzat. Medikuek ere indarkeriaren biktima izan daitezke euren lantokietan, edo indarkeria edo tratu txarreko ekintzetan nahasi daitezke nahi gabe, baina horrez gain, eurak dira espezialitateetan eta osasun-sektoreetan arreta koordinatuaren eta leku-aldaketen inguruko erabakiak hartzen dituztenak, epe luzeko jarraipenak egiten dituztenak eta ezintasunei arreta eskaintzen dietenak, eta horrek, zenbait kasutan, indarkeriari aurre hartzen laguntzen digute.

Medikuek hainbat erantzun mota eman ditzakete, zeinak testuinguruaren ezaugarrien eta errealitatearen arabekoak izango diren, nagusiki. Kasu batzuetan, informazioa biltzeko egitura zehatzena duten moduak oso garrantzitsuak dira eta medikuek dira osasun sistemei presio handiena egin ahal diezaiotenak indarkeriaren ondoriozko kalteari buruzko informazio sistematikoa biltzeko orduan. Gainera, aurreratuago dauden beste esparru batzuetan, mediku klinikoek eta osasun publikoko profesionalek betekizun garrantzitsua izan dezakete indarkeriaren alderdi bat edo hura saihestea aztertzen duten ikerketa espezifikoak errazten edo egiten dituztelako. Informazio hau politikak edo gidalerroak egiteaz arduratzen direnei behar bezala eta zorroztasunez emateak frogetan oinarritutako indarkeria murrizteko politikak sortzea erraztuko du. Horretarako, adituen taldeak indarkeria modu sistematikoagoan tratatzea eskatzen die medikuei.

## **1.2 Indarkeria eta jarrera bortitza**

Sarri, agresibitatea eta indarkeria esanahi berarekin erabiltzen ditugu. Baina, semantikaren aldetik, bi kontzeptu desberdin dira.

“Eraso”-ei buruz hitz egiten dugunean, beste izaki bat kaltetzeko asmoa duen jarrera bati buruz ari gara. Jarrera agresiboa edo oldarkorra oinarrizko jarrera primarioa da izakietan, eta animalien erreinu osoan aurki daiteke. Animaliek izaten dute halako jarrera, baina baita gizakiok, haurrek eta helduek ere (Abasolo, 2016). Hortaz, agresibitatea estimulu batzuekin automatikoki agertzen den eta, aldiz, inhibitzaile espezifiko batzuekin eteten den jatorri biologikoko berezko jarrera da (Espluges, 2007).

Echaburuaren esanetan (1998), agresibitatea “kanpotik datozen arriskuetatik babesteko eta borrokatzeko, eta elikagaiak bilatzeko tresna adaptatiboa da”.

Indarkeriaz ari garenean, aldiz, berezkotasun eta automatikotasun ezaugarriak baliogabetzen dituzten faktore soziokulturalek eraldatutako agresibitateari buruz ari gara, ondorioz, nahita gauzatzen den jarrera kaltegarria da (Sanmartin, 2006). Agresibitatea, beraz, berezko jarrera da, sen modukoa. Indarkeriak, aldiz, ikasketa eta eragin soziokulturalaren eragina du. Erasoak ez bezala, jarrera bortitzak osagai suntsitzailea du pertsonengan eta gauzetan, eta disfuntzio soziala dakar. Horren inguruan, Alcaraz-Córcolesek (2010) jarrera bortitza “bereizmenik gabe behin eta berriro norbaiti zuzendutako agresibitatearen adierazpena” zela esan zuen. Gainera “inolako irabazirik edo balio ebolutiborik ez duenez” banakoarentzat zein gizartearentzat ondorio kaltegarriak dituen arazo kliniko larria dela uste zuen. Bestetik, Borumek (2004) honela definitzen zuen indarkeria: “denboran zehar arlo biologikoaren, sozialaren, kognitiboaren eta emozionalaren artean gertatutako elkarrekintza baten emaitza”.

Zenbait ikerketen arabera, indarkeriaz inguratzeak jarrera oldarkorra dakar (Huesmann et al., 2003; Margolin & Gordis, 2004; McMahon et al., 2009; Mrug et al., 2008) eta hainbat arazo psikologikorekin ere dago lotuta (Hanson et al., 2008). Hezkuntza-estilo negatiboek (autoritarioa, behartzekoa, zigortzailea), sendotasunik gabeko kontrolak eta gurasoen zaintza eskasak eragin okerra dute haurren jarreraren. Zenbaitek uste dute gorputz-zigoren erabilerak funtsezko eragina duela jarrera antisozialak garatzeko orduan (Lahey et al., 1999), maizago ezartzen direlako, ez direlako sendoak izaten eta ez direlako oso arrazoituak izaten. Justicia et al. (2006) irakurtzen badugu, hauxe diote: “haurrak behartu eta manipulatzeko dituzten gurasoek ez dute jarrera egokiak indartzeko beharrezkoak diren gaitasunak eta jarrera ez-egokiak kentzeko orduan huts egiten dute. Hala, gurasoek modelatu eta indartu egiten dute, ez oso modu sendoan, haurrek izandako jarrera behartua, eta nahi dutena lortzeko jarrera oldarkorra erabiltzen ikasten dute ondorioz... Haurrak agintariari modu oldarkorrean eta manipulazioaren bitartez erantzuten ikasten badu, konfrontazio-modua joango da barneratzen bere harremanetan, eta oldarkorra izan daiteke.”

Ildo berean, Informazio Sozialaren Prozesatzearen ereduak uste du indarkeria bizi izan duten haurrek informazioa prozesatzeko modu disfuntzionala garatzen dutela (Orue & Calvete, 2012), eta erantzun oldarkorrek sortzean eta erantzun horien ebaluazio positiboan isuriak izango dituzte. Prozesatze disfuntzional horren ondorioz, horrelako jarrera duten haurrek modu oldarkorrean erantzuten dute (Musher-Eizenman et al., 2004) eta indarkeriaren erabileraren eskemak eragin du haiengan, hau da, jarrera oldarkorrek onartzeko arrazoiak ikusten dituzte (Calvete eta Orue, 2011). Orue eta Calvetek (2008) dioten bezala, “Indarkeria bizi izan duen haur batek ingurukoekin dituen gatazkak konpontzeko edo berak lortu nahi duena lortzeko oldarkortasuna egokia dela ondoriozta dezake. Aurretik egindako ikerketek “indarkeria onargarria dela jarrera oldarkorra saihesten badu” sinetsmena aurkitu dute, beraz, indarkeria bizi edo ikusten duten haurrek (familian gehienbat), etorkizunean ere oldarkoragoak izateko aukera gehiago dituztela, hein batean, indarkeria justifikatzen delako (Huesmann eta Guerra, 1997).

### **1.3 Indarkeriaren sailkapena**

Esplugues doktore eta Zientziaren Logika eta Filosofiako katedradunaren arabera (2007), indarkeria jarraian azaltzen diren ezaugarrien arabera sailka daiteke:

#### **1.3.1 Motaren arabera**

Indarkeria **aktiboa** (ekintza batengatik, beste norbait jotzeagatik esaterako) edo **pasiboa** (ekintzarik burutu gabe) izan daiteke. Azken multzo honetan sartzen dira “laxokeria” gisa sailkatutako kasuak, non norbaiten osotasun fisiko edo psikikoa babesteko beharrezkoa den zerbait egiten ez den.

#### **1.3.2 Eragindako minaren arabera**

Indarkeria **fisikoaz** (kalte fisikoa eragin dezakeen ekintza edo ekintza gabezia), **emozionalez** (kalte psikologikoa zuzenean eragin dezakeen ekintza edo ekintza

gabezia), **sexualez** (sexu-estimulazioa lortzeko erabiltzen diren jarrerak) eta **ekonomikoaz** (norbaiten baliabide ekonomikoak baimenik gabe erabiltzea) hitz egin dezakegu.

### **1.3.3 Biktima motaren arabera**

Azpiatal honetan, Esplugesek (2007) hurrengo indarkeria motak biltzen ditu:

#### ***1.3.3.1 Emakumearen aurkako indarkeria***

Ezpeleta Ascasok (2005) “generoa” honela definitu zuen: “gizonekin eta emakumeekin desberdin erlazionatzen zaizkien jarrera, uste eta ezaugarri psikologikoen multzoa”. Ondorioz, genero indarkeria “dagokion betekizunetik aldendu dela uste delako norbaiten aurkako indarkeria” da.

Genero indarkeria, sarri “emakumearen aurkako indarkeria” gisa etiketatu izan da, eta biak erabili dira sinonimoak izango balira bezala. Erabilera horretarik ondoriozta dezakegu, arestian aipaturiko definizioan oinarrituta eta, teorian, genero-indarkeria gizonen aurkako eta emakumeen aurkako izan daitekeela. Baina, praktikan, emakumeak izaten dira halako indarkeria jasaten dutenak, Espluguesen hitzetan (2007) “ustez haiei dagokien betekizuna espero moduan betetzen ez dutelako”. Azkenik, egileak zehazten du genero indarkeria ez dela bikote-harremanen barruan bakarrik gertatzen, eskolan, lanean, komunikabideetan, kultur tradizioetan eta abarretan ere baizik.

Hori aztertu zuen, hain zuzen ere, Abasolo doktoreak (2016), “Hilketak eta hiltzaileak” izeneko bere tesian, Beijing Ekintzarako Plataformak azaldutako oinarritzko zatiak biltzen ditu, zeina 1995ko Emakumearen Laugarren Mundu Konferentzian zehar sortu zen, emakumeen eskubideak sustatzeko. Hurrengoa irakur dezakegu han: “emakumearen aurkako indarkeria botere egoeren adierazpena da, desberdina gizonezko eta emakumezkoengan, non mendekotasun eta baztertze egoeretara eraman dituen

emakumeak; aldi berean, batzuetan tresna hilkorra da, mendekotasun egoera horri jarraipena eman eta haren garapen osoa saihesteko”. Horri dagokionez, NBERen idazkariak egindako txostenean (2006) zehazten da “emakumearen aurkako indarkeria munduko herrialde guztietan gertatzen” dela. Giza eskubideen urradura orokortua da, eta genero-berdintasuna lortzeko oztopo nagusietako bat.

### ***1.3.3.2 Haurren aurkako indarkeria***

Esplueguesek (2007) haurren aurkako indarkeria honela definitzen du: “haur baten osotasun fisikoaren, psikikoaren edo sexu-osotasunaren aurka egiten den indarkeria”.

### ***1.3.3.3 Pertsona adinduen aurkako indarkeria***

SanMartinen hitzetan (2005) “64 urtetik gorako norbait kaltetzeko edo kalte dezakeen nahita egindako ekintza edo haren ongizaterako beharrezkoa den arreta kentzen dion laxotasun oro” da indarkeria mota hau. Zenbait ikerketak diote Estatu espainiarrean indarkeria mota honen hamar biktimatik bat emakumea dela, nahiz eta azkenaldian gizonezkoen kopurua ere gorantz doan (Iborra-Marmolejo, 2005).

## **1.3.4 Gertatzen den tokiaren arabera**

### ***1.3.4.1 Indarkeria etxean***

Etxearen barruan gertatzen den indarkeria da. Arlo horretan, aipatu beharra dago “genero-indarkeria” eta “etxeke indarkeria” bereizi behar ditugula, oro har sinonimotzat hartzen baitira. Genero-indarkerian biktima nor den erreparatzen dugu; etxeke indarkerian, aldiz, indarreko gertakizuna non edo zein testuingurutan gertatu den. Garrantzitsua da etxeke indarkeria ez dela nahastu behar “familia-indarkeriarekin”, etxebizitza berean bizi direnak beti ez baitira senideak.

#### **1.3.4.2 Indarkeria eskolan**

Azpiatal honen barruan daude irakasleen eta ikasleen arteko indarkeria gurutzatua, gurasoen eta irakasleen artekoa eta baita ikasleen artekoa ere (Esplugues, 2007). Halere, ez dugu gehiago sakonduko halako indarkerian tesi honen garapenean funtsezkoa ez delako.

#### **1.3.4.3 Indarkeria lantokian**

Kasu honetan, “sexu-jazarpena” eta “jazarpen morala” bereiz ditzakegu (Hirigoyen, 1999; 2001; eta 2004). SanMartinek (2005) sexu-jazarpenaren definizio hau eman zuen: “sexu-konnotazioak dituen eta lantokian langile bati haren baimenik gabe ezartzen zaion jarrera oro. Biktimentzat mingarria, laidogarria edo beldurgarria izaten da”. Jazarpen moralari dagokionez, Espluguesek (2007) adierazten du “behin eta berriro edo modu sistematikoan, langilearen osotasun fisikoaren edo psikologikoaren aurka doan gehiegizko jarrera oro” dela, eta “arriskuan jartzen duela enplegua edo lan-giro desatsegina sortzen” duela. Laneko jazarpenaren biktimak emakumezkoak, homosexualak eta lan baldintza prekarioak dituzten langileak izaten dira gehienetan.

#### **1.3.4.4 Indarkeria kulturari**

SanMartinek (2005) indarkeria mota hau “kultura tradizioak blaitzen dituen” indarkeria gisa definitu zuen.

#### **1.3.4.5 Indarkeria kaleetan**

Kaleetako indarkerian, erakunde edo kultur esparruetan gertatzen ez diren indarkeria moduak sartzen dira. Hemen sartuko lirateke delituzko indarkeria motak (mafiak, arma-, droga-, pertsona-trafikoak) eta delituzkoak ez direnak.

#### **1.3.4.6 Indarkeria pantailatan**

Telebistan erakusten den indarkeria da. Ez dira erakusten diren indarkeria fisikoko ekintzei buruz bakarrik sartzen, baizik eta albistegiek eta aisialdiko programa batzuek erabiltzen duten sentsazionalismoa ere.

## **1.3.5 Erasotzaile motaren arabera**

### ***1.3.5.1 Gazteen arteko indarkeria***

Rutterren arabera (1998) “legea urratzen duten ekintzak edo ez-egiteak, zeinak gaztea justizia-sistemekin harreman formalean jartzen duten” indarkeria da.

### ***1.3.5.2 Indarkeria psikopatikoa***

Psikopatak biktimekin enpatizatzeko funtsezkoak diren erreakzio emozional batzuk ez ditu, beraz, bere ekintzak haiekin batera sentitzen denarekin ez ditu lotzen (Esplugues, 2007). Hainbat egilek iradoki dute disfunzio horiek jatorri biologikoa izan ditzaketela (Hare, 2003; Raine, 2002).

### ***1.3.5.3 Indarkeria terrorista***

Indarkeria terrorista da mundu modernoak dituen mehatxu nagusienetako bat eta eragina du hiritarren segurtasunari, enpresa pribatuei edo bankuei buruz hartzen diren erabakietan (Hartwing, 2004). Definitzen ez da erraza, baina zenbait egileren hitzetan “hiritarrei nahita zuzendutako ekintza bortitzak dira, zeinen helburua ideologia, erlijio edo helburu politiko bat transmititzea den” (Borun, 2004; Garcia-Belaunde, 2008).

### ***1.3.5.4 Krimen antolatua***

Krimen antolatuaren helburu nagusia irabaziak lortzea da eta, enpresa-patroiari jarraitzen dio, eta horrek bereizten du terrorismotik. Legez kanpo gizartearen kontura aberasteko helburuarekin elkartzen diren pertsona taldeak dira (Esplugues 2007). Krimen antolatuaren adibide argi bat mafiek eratzen dute, zeinak lana behar bezala banatuta duten eta zeinen legez kanpoko jarduera hainbat arlotan garatzen den (Marmolejo, 2004).



## **1.4 Indarkeriarako arrisku-faktoreak**

Indarkeria ezin da ulertu eredu bakar batetik abiatuta, jarrera bortitzaren sorreran faktore genetikoek, neurobiologikoek, psikologikoek, kulturelek eta sozialek hartzen baitute parte. Faktore genetikoei dagokienez, genetikaren eta ingurumenaren arteko harremana hartu eta emanekoa da. Beraz, faktore biologikoek kanpoko estimuluekiko erantzunak zehazten dituzte, baina, aldiz, ingurumena da haurtzaroan geneen adierazpena baldintzatzen duena, aktibazioz eta inhibizioz. Bi faktore horien arteko elkarrenergina bereziki garrantzitsua da garapenaren etapa goiztiarretan, kalte organikoren bat edo disfuntzio neurologikoren bat dagoenean bereziki (Raine, 2013). Handi-handika, hurrengo kasuan aurki ditzakegu genetikaren eta ingurunearen arteko elkarrekintzetan (Raine, 2013):

- Arrisku faktoreak bi sistemetan elkartzen direnean, sinergia gertatzen da eta etorkizunean indarkeria arrisku esponentziala sortzen da.
- Arrisku faktoreak bi sistemetako batean bakarrik daudenean, gerta daiteke:
  - o jarrera bortitza azaltzea
  - o indarkeria ez azaltzea arrisku faktoreak faktore babesleekin orekatu direlako.

Garrido eta Redondok (2013), bestetik, horrela azaltzen dituzte biologiaren eta ingurunearen arteko litezkeen elkarrekintzak:

- a) Biologiaren aldetik normala den pertsona, etengabeko ikaskuntzarekin eta ingurunekeo faktore negatiboekin. Kasu horretan, badirudi jarrera kriminalaren probabilitatea txikia dela.
- b) Biologiaren aldetik normala den pertsona, baina giro sozial egokia edo egonkorra ez duena.

- c) Pertsona berean zailtasun biologikoak aurkitzea, bai neurologikoak bai ikasitakoak, baina giro sozial egoki eta egonkorrean egotea.
- d) Sistema batek ere ez funtzionatzea. Kasu horretan, indarkeria arriskua handia da.

Jarraian, jarrera bortitza sortzean eragina duten faktoreak azalduko ditugu.

## **1.4.1 Faktore biologikoak**

### ***1.4.1.1 Genetikoak***

Cesare Lombrosok (1835-1909), kriminaltasuna aztertzeko metodo zientifikoa aplikatuta, berezko kriminala deskribatu zuen, zeinaren indarkeria eboluzio-garapen ez-osoaren ondorioa omen zen. Kriminala “gizaki basati eta primitiboa zen, altua, itxuraz osasun onekoa, ile askokoa, pasio primitiboak zituen, nagia, orgia-gogoia eta mendekubila zebilena, eta hainbat bizio zituen: edaria, tabakoa eta drogak, esaterako”. Kritika ugari jaso zituzten haren teoriak, baina haiei esker hasi zen kausa hereditarioen indarkeriaren “predestinazioa” aztertzen (Garrido & Redondo, 2013).

Egun, badakigu genetika dagoela indarkeriaren bariantzaren % 44ren atzean, partekatutako ingurunea %6ren atzean eta partekatu ez den ingurunea % 50ren atzean (Rhee & Waldman, 2002), nahiz eta aurkikuntzak adinaren arabera alda daitezkeela dirudien. Rebollok et al. (2010), “Giza indarkeriaren genetika” izeneko artikuluan, *Revista de Neurología* aldizkarian argitaratua, ikusi zuten helduen lagin batean, genetikaren pisua % 0-48 bitartekoa zela, % 26ko batez bestekoarekin. Artikulu horretan, egile horiek azaltzen dute ikerketen zati adierazgarri bat burmuinean serotoninaren metabolismoa kodetzen duten geneetan, triptofanohidroxilasan eta MAOan oinarritu dela, indarkeria oldarkorra serotoninaren jaitsierarekin eta dopaminaren gehiegizko aktibitatearekin lotuta dagoela ezaguna zelako (Alcaraz et al., 2010).

Jarraian, jarrera bortitzarekin nola edo hala erlazionatu diren polimorfismo genetiko batzuk aipatuko ditugu:

- Badirudi monoaminoxidasen A-ren polimorfismoa (MAOA) eta serotoninaren garraio-sistema (5-HTT) oso garrantzitsuak direla sistema linbikoaren anatomian eta bortizkerian.
- MAOA entzimaren polimorfismoa tratatu txarreko suszeptibilitateko elementu gisa identifikatu da. MAOA entzimaren jardura baxua duten eta 5-HTTren (serotoninaren proteina garraiatzailea) S aleloaren eramaileak diren haurrek bakarrik garatzen dute jarrera antisozial kliniko etorkizunean (Caspi et al., 2002). Emaizta horiek errepikatu dira aurrerago ere (Kim-Cohen et al., 2006), beraz, MAOA indarkeria goiztiarraren eta ondorengo jarrera antisozialaren arteko bitartekari bat dela berretsi da.
- MAOA genearen VNRT aleloaren polimorfismoa eta gehiegizko aktibitatea inpultsibitatearekin eta ezegonkortasun emozionalarekin erlazionatu da (Ni et al., 2007).
- MAOA genearen eta CDH13 genearen adierazpen baxua, zeina neuronen mintz bateko proteina bat kodetzen den, muturreko bortizkeriarekin lotuta dagoela ikusi da (Tihonen et al., 2015).

Emozioen ez-erregulazioa, inpultsibitatea eta oldarkortasuna geneen beste hainbat sistemarekin ere erlazionatu da, besteak beste:

- 5-HTT serotoninaren proteina garraiatzailea, 5-HTTLPR, edo SLC6A4 (Caspi et al., 2010). 5-HTTLPR genearen aleloaren aldagai homozigotikoa (s) inpultsibitatearekin eta agresibitatearekin lotu izan da (Maurex et al. 2010).
- COMT entzima (katekol O-metiltransferasa), Val/Met polimorfismoaren bitartez, dopaminaren bekoiko kontzentrazioaren erregulazioan hartzen du parte. Met158 aleloa eta Met/Met alelo monozigotoen ser eramailea jarrera bortitzekin lotuta aurkitu izan da (Bhakta et al., 2012).
- SNAP 25 proteina presinaptikoaren polimorfismoa (MnII T/T eta Ddel T/T aleloak) nortasunaren nahasmenduen inpultsibitatearekin eta eskizofreniarekin

lotu dira, eta C-521T genea, dopaminaren D4 errezeptorearena, emozioen bilaketan eta inpultsibitatean parte hartzen duela dirudi (Basoglu et al., 2011).

#### ***1.4.1.2 Hormonak eta neurotransmisoreak***

Gaur egungo ikerketak agresibitatean eta beste hainbat jarreratan neurotransmisoreek duten betekizun erregulatzailer/modulatzailer azal dezaketen ereduak bilatzen saiatzen dira gehienbat (Boer et al., 2015). Esaterako, esteroide androgeniko eta estrogenitoen eta oxitozina hormonon garrantzia aztertzen da; dopamina, glutamato eta GABA neurotransmisoreena eta P450 aromatas zitokromoa eta beste hainbat entzimarena aztertzen da.

Oraingoz, hurrengo informazioa dugu horren inguruan:

- Testosterona/serotonina sistemaren eta testosterona/kortisol sistemaren arteko desorekak (testosterona maila igotzea eta kortisola jaitea) sistema neural subkortikala aktibatze probabilitatea areagotzen du eta, ondorioz, bulkadak eta autorregulazioa kontrolatzen duen sistema kaltetzen du (Pavlov et al., 2012).
- Animalien ereduarekin egindako ikerketetan burmuinaren zenbait arlotan vasopresina aurkitzea jarrera oldarkorra/proaktiboarekin lotu da, eta oxitozina, aldiz, jarrera pasibo/erreaktiboarekin. Neuropeptido horien kontrolean garrantzia handieneko burmuineko ataletako bat amigdalaren muina da (Hubber et al., 2005), non estres egoeratan bien zelulaz kanpoko zatia areagotzen den (Boer et al., 2015).

#### ***1.4.1.3 Irudi- neurologikoa***

Arlo hori oraindik ez da ongi eta guztiz ezagutzen, baina gaur egun badirudi indarkeriaren jatorrian eragina ez duela burmuinaren arlo batek bakarrik. Zentzu horretan, indarkeriarekin lotutako burmuinaren zati nabarmenetako bat **kortex prefrontala** da, zeinak neokortexaren % 30 inguru hartzen duen. Burmuinaren zati hau jarrera kognitibo konplexuak planifikatzean, nortasunaren adierazpenean, erabakiak hartzeko prozesuetan eta une bakoitzean egokia den jarrera sozialari egokitzeko prozesuetan hartzen du parte (Yang & Raine, 2009). Shimamura-k (2010)

Psychobiology aldizkarian argitaratutako The role of the prefrontal cortex in dynamic filtering izeneko artikuluan, kortex prefrontalak funtzio exekutiboen erregulazioan duen betekizuna azaldu zuen. Are zehatzago, helburuetara zuzendutako aktibazioak erraztuko dituen eta garrantzirik ez duten edo desbideratzen duten aktibazioak inhibitzeko iragaztean oinarritzen da bere funtzioa. Iragazte-mekanismo honen bitartez prozesatze-maila desberdinen kontrol betearazlea zehazten da (aktibazioak hautatzea, mantentzea, eguneratzea eta berriro zuzentzea).

Funtzio exekutiboak, kortex prefrontalaren nukleo orbitofrontala eta bentromedialak kontrolatzen dituzte, eta baita kortexaren azpiko hainbat arlok ere, hipokanpoa eta amigdala, besteak beste. Kortex prefrontala zuntz glutaminergikoen bitartez komunikatzen da aurreko hipotalamoarekin, erdiko amigdalarekin, eremu tegmental bentrlean eta errafearen nukleo dortsalekin, besteak beste. Adrian Rainek (2013), positroien igorpeneko tomografia teknikak baliatuz (PET) hiltzaileen lagin batean kortez prefrontalaren hipofuntzioa ikusi zuen, kontroleko laginarekin alderatuta (Abásolo, 2016). Rainek uste du indarkeria instrumentala eta premeditatua erakusten duten pertsonen prefrontalaren funtzionamendu egokia dutela; indarkeria errektibo eta bortitzena eremu bentral prefrontalaren gabezia batekin dagoelarik lotuta, zeinaren ezaugarri nagusiak diren:

- jarrera arriskutsuak, ez-arduratsuak eta bortitzak.
- bortizkeria eta jarrera ez-egokiak inhibitzeko ezintasuna.
- funsgabetasuna eta giza-abilezien gabezia.
- malgutasun kognitiboaren galera eta arazoak konpontzeko zailtasunak.

**Amigdalak**, aldiz, betekizun garrantzitsua du estimulu afektiboak eta sozial adierazgarriak ezagutzeko orduan. “Porrot egin duten” psikopatek, hainbat ikerketetan ikusi denez, amigdala bilaterala txikiagoa dute; txikiagotze hori, aldiz, txikiagoa da “arrakastatsuetan” (Yang et al., 2010). **Hipotalamoa** funtsezko egituratzat hartzen da barne-ingurunearen eta aktibazio autonomoko sistemaren doikuntzan eta jarreraren egokitzapenean. Jarreraren egokitzapena barruko eta kanpoko beharren arabera doitzen da etengabe (De Boer et al., 2015). Aurreko hipotalamoak jarrera bortitzak errazten ditu; atzeko hipotalamoak, aldiz, haiek inhibitzen ditu (Oliver et al., 1983, Abasolon

aiapatua, 2016). Horretarako, hipotalamoak aferentziak jasotzen ditu hainbat nerbio-nukleotatik eta eferentziak igortzen ditu (tegmentuaren eremu bentrala, nukleo dorsals premamilarra, esaterako) kasu bakoitzean egokiak diren jarrerren inguruko informazio zehatza eduki eta erabakiak azkar hartzeko. Bestetik, **gorputz kailukararen bolumenean** ere kontroleko taldearekiko aldaketak aurkitu dira nortasun psikopatikoetan (Raine et al., 2003).

Azkenik, “**neurona ispiluak**” deritzenak aipatu behar ditugu. Giacomo Rizzolatti neurobiologoaren taldeak aurkitu zituen, eta badirudi jarrera enpatiko, sozial eta imitaziozkoekin daudela lotuta, eta aurreko intsularekin eta aurreko kortex zingulatuarekin daude lotuta (Alcaraz et al., 2010). Gauza jakina da enpatia indarkeriaren eta krudeltasunaren inhibitzaile boteretsua dela, eta ispilu neurona horietan aldaketaren bat izan dezakete erasotzaile oldarkorrek eta jarrera psikopatikoaren jatorrian egon daitezke, hipotesien arabera.

## 1.4.2 Faktore psikologikoak

**Psikoanalisiak** eraso psikaren oinarritzko elementu gisa hartzen du. Freuden ustetan, sexu-irrikak eragiten ditu gatazka eta buruko gaitz guztiak. Eraso, sadismoa eta boterea sexu-irrikaren osagai gisa ikusten zituen (Mitchell & Black, 2004). Bigarren Mundu Gerraren ondoren, gizakion suntsitze-gaitasuna azaleratuta, Freudek erasoaren garrantziari buruz hausnartu zuen, eta libidoaren mailan jarri zuen, heriotza-irrika delakoa azaldu zuen, zeinaren arabera gizaki orok duen hiltzeko behar inkontzientea. Irrika hori eraso, krudeltasun eta suntsitzeko gogoaren bitartez azaleratzen zen, eta sexu-irrikaz gain, heriotza-irrikaren gaitasun suntsitzailea ere itotzen dela uste zuen. Bestetik, Otto Kernberg-ek (2005) “gorrotoa erasoaren muineko afektu gisa” izeneko lanean, zioen indarkeria eta gehiegikeria fisiko, psikologiko eta sexuala gaztetan bizi edo ikusi izanak, intzestua gehienbat, nortasunaren nahasmendu larriekin eta psikopatologia arrisku handia duten hurrekin sarriago lotzen dela. Bere ustetan, faktore genetikoek, inguruneak eta psikodinamikoek eragina dute jarrera oldarkorrean.

**Frustrazioaren teoriaren** arabera (Dollar et al., 1939; Ramirez, 2009), bestetik, eraso guztiek aurretik frustrazio bat izan dute. Hortaz, frustrazioak oztopoa eraso edo

suntsitzeko bulkada oldarkorra eragiten du. Oldarkortasun maila frustrazio-mailarekiko proportzionala dela adierazten du.

Berkowitzek (1993), frustrazioaren teoriari beste testuinguru bat eman eta **seinale-aktibazioaren teoria** landu zuen. Honen arabera, frustrazioa aurkakotasunaren aurrean sortzen den barne-erreakzio emozionala da. Sortutako egoera emozionala sentimenduen, pentsamolde zehatz eta antolatutako erantzunen sare bat da, non egoeran mehatxua ikusten duten eta jarrera oldarkorra sortzen den (Carrasco & González, 2006). Bitartekaritzaren prozesu kognitiboan, norberak egiten duen egoeraren interpretazioak eta aurreko esperientziak hartzen dute parte, zeinak erantzun oldarkorra modulatu edo inhibitu dezakeen. Beraz, teorian, egoera frustragarri baten aurrean beti oldarkortasunez erantzungo ez dugula adierazten du.

Dodge et al.-en **Informazioa Prozesatzeko Eredua** (1987, Carrasco & Gonzalez-ek 2006an aipatua) pertsona oldarkorrek informazioa oldarkorrek ez direnen beste modu batean prozesatzen dutela du oinarritzat. Etsaitasun edo mehatxu seinale batzuk ikusten dituzte eta besteen jarrera gaizki ulertzen dute. Modu oldarkorrean erantzuten dute, edo eguneroko arazoak konpontzeko eraginik ez duten tresnak erabiltzen dituzte (Abásolo, 2016, 38-39 orr.).

**Cloningerren nortasun-ezaugarrien teoriatik** (1987), Eysenck-en (1977) eta McCrae eta Costa-ren (1985) teoretatik, nortasun oldarkorren eta ez-oldarkorren arteko desberdintasunak azaldu nahi izan dira (De la Peña-Fernandez, 2010).

Eysenck-ek esan zuen nortasun-ezaugarriak oinarritzko hiru multzotan taldeka daitezkeela, Psikotizismoa, Neurotizismoa eta Kanporakoitasuna deritzenak, hain zuzen ere (Fusté-Escolano, 2000). Bere ustez, faktore horiek elkarren independenteak ziren eta bakoitzaren nortasuna hiru dimentsio horietako bakoitzean zuen puntuazioaren arabera zehatz daiteke. Eysenck-en arabera, hurrengo ezaugarriek osatzen dituzte (Schmidt et al., 2010):

- Neurotizismoa: Tristura, lotsa, depresioa, antsietatea, tentsioa, beldurra, errua, irrazionaltasuna, aldarte txarra, hunkiberatasuna, kezka.

- Kanporakoitasuna eta barnerakoitasuna: Soziabilitatea, jarduera, asertibitatea, ezaxola, dominantzia, sentsazioak bilatzea, ausardia, espontaneotasuna, bizkortasuna.
- Psicotizismoa: Inpulsibitatea, agresibitate edo oldarkortasuna, etsaitasuna, hoztasuna, egozentrismoa, enpatia gabezia, krudeltasuna, konformismo gabezia, burugogorkeria.

Inpulsibitatea ondorioak neurtzen ez dituen jarrera dela esaten du, arinegi jarduteko modua, planifikatu eta norberaren jarrera kontrolatzeko zailtasuna, eta saria atzeratzeko zailtasuna ezaugarritzat dituen (De la Peña-Fernandez 2010), eta neurotizismoarekin eta psicotizismoarekin lotzen da.

Azkenik, **bost handien teoriak, Big-five** delakoa, McCrae eta Costarena (1985), bost dimentsio nagusi erabiltzen ditu nortasunaren ezaugarriak zehazteko: adeitasuna, esperientziarekiko irekiera, neurotizismoa, kanporakoitasuna eta erantzukizuna. Badirudi jarrera bortitzak izateko joera handiena duten pertsonak erantzukizun, adeitasun eta esperientziarekiko irekiera gutxiago dutela (Del Barrio, 2004). Horrez gain, kanporakoitasuna arau sozialak ez onartzearekin, axolagabetasunarekin eta norberaren kontrol urriarekin lotu izan da (De la Peña Fernandez, 2010).

### 1.4.3 Faktore sozialak

XIX. Mendearen erdian, Qualetek kriminalitatea ingurumeneko hainbat aldagaiari lotuta zegoela ikusi zuen, txirotasuna, hirietako aglomerazioak eta klima tartean. Handik gutxira, pertsonak euren taldeari egokitzeari eta desbideratze sozialak eta kontrolak duen eragina aztertu zen.

Durkheim-ek (1895) ikusi zuen taldeko balioek, hein handian, banakoaren jarrera modulatzeko dutela. Durkheim-ek delinkuentzia aldaketa sozialeko prozesuen gertakizun normaltzat ematen du eta banakoaren dibertsitatea adostasunerako taldeko presioaren aurka jartzen du. Egile honek dio delinkuentziak taldeko prozesutzat hartzen diren prozesuetan gertatzen dela eta, ondorioz, gizarteak aldaketa eta berrikuntzari atak



irekitzeagatik ordaindu behar duen saria dela gehitzen du (Fournier, 2007). 1942an, Shaw eta McKay-ek “Juvenile delinquency and urban areas” lanean delinkuentzia hedatzeko arrazoi nagusiak azaltzen dituzte, eta inguruneak jarrera horiek eta balioak hedatzeko orduan duen garrantzia handia nabarmentzen dute. Ildo berean, Sutherlandek, elkartze diferentzialaren teorian (1939) dio ingurune horiek guztiek delitu-jarrerak bultzatzen eta irakasten dutela komunikazio-prozesuen bitartez. Are zehatzago, elkartze diferentzial kontzeptuak azal dezake zergatik pertsona batek delituak behin eta berriro burutzen dituen haiek egiteko joera dutenez inguratuta dagoenean eta gutxiago delitu ekintzen aurka daudenez inguratuta dagoenean (Matsueda, 1988).

Bestetik, Bandura eta Waltersek (1977) ikasketa sozial bikarioaren ereduan defendatzen dute pertsonak jarrerak obserbazioz eta imitazioz barneratzen dutela, baina imitazioz ikasitako jarrera oldarkorak saririk ez badu berez desagertzen doala. Eredu hori oinarritzat hartuta, Akers eta Sellers-ek (2004) ikasketa sozialaren eredua garatu zuten, zeinak dioen delituko jarreraren ikasketan elkarrekin lotuta dauden lau mekanismo hartzen duten parte: 1) delituzko jarrerak eta ohiturak dituzten pertsonekin elkartze diferentziala, 2) banakoak delituaren aldeko definizioak barneratzea, 3) delituzko jarreraren errefortzu diferentziala eta 4) delituaren aldeko ereduaren imitazioa.

Faktore sozialak indarkeriaren azalpenen muinean jartzen duen beste teorietako bat gabezia sozialaren eta desberdintzaren teoria da. Honek indarkeria bizitako bazterketa eta pobreziarekin lotzen du, horrek haserrea eta frustrazioa eragiten baitu jasaten dutenengan. Ondorioz, Neumayerrek (2003) dio teoria honen adibide garbia dela desberdintasun sozial handiko lekuetan indarkeria kasu larriak egoten direla, Sao Paoloko faveletan eta Hegoamerikak hiri handietan, esaterako. Azkenik, Aukeraketen teoriaren ekarpena ere nabarmendu nahi dugu, zeinak uste duen ekintza oldarkor oro kostu-onura balantzean oinarritutako erabakia dela. Esparru teoriko horretan, Neumayerrek (2003) balioa ematen dio atxilotze eta zigorraren aukerari eta heriotza-zigorraren disuasio-eraginari.

#### 1.4.4 Kultura edota inguruneko faktoreak

Kultura eta inguruneko eredu berru, eredu ekologikoak dio hainbat direla indarkeriaren kausak, eta arrisku-faktoreen eta indarkeriaren aurkako babesaren arteko elkarreaginak direla familiaren barruan, inguru sozialean, kultura-arloan eta ekonomikoan (OME, 2002). Ildo berean, Belskyk (1986) banakako faktoreen eta testuinguruko arteko erlazioa aztertu zuen, eta indarkeria eraginpeko maila askoren produktua zela ondorioztatu zuen. Halako ereduetan sorrera topologikoa nabarmentzen da, non ingurune ekologikoa hainbat egitura zentrokidez dagoen osatuta. Erreferentziatzen giza-banakoa hartuta, hurbilenetik urrutiratzen bagoaz:

a) Mikrosistema edo gertuko testuinguruak. Garapen bidean den banakoak gertutik bizi dituen jarduerak, rolak eta elkarrekintzak dira, etxean edo eskolan, esaterako.

b) Mesosistema. Banakoak jarduten duen bi ingurune edo gehiagotako elkarrekintzen multzoa da. Ohikoenak familia eta eskolaren arteko harremana, edo lana eta bizitza sozialaren artekoa dira.

c) Exosistema. Haurrak ez du zuzenean parte hartzen honetan, baina eragina du besteengan. Hedabideak eta telebistaren eragina dira honen adibide. Azken horri dagokionez, erkidegoko zenbait arlok indarkeria sustatzeko beste batzuek baino eragin handiagoa duela egiaztatzen duten hainbat eta hainbat ikerketa dago. Pobrezia maila handia edo erakundeen laguntza eskasa dagoen zonaldeak dira horren adibide (OME, 2002).

d) Makrosistema. Jarrera oldarkorrekin eta jarrera indarkeria-jarreretan eragin nabarmena duten rolekin eta harremanekin lotutako kultura balio eta sinesmen hedatuengatik ulertzen da.

## **2. atala. ZIGOR KODEA**

### **2.1 Indarkeriazko delitua**

Indarkeria pertsonen arteko fenomeno soziala da, zeinak eragin handia duen banakoen ongizatean eta osasunean (Reiss, 1994), baina taldeko arazo sozial garrantzitsua ere bada, zeinak ondorio larriak dituen giza-taldeen garapen ekonomiko eta politikoan zein sozialean (Krug et al., 2002). Gizarte gehienek indarkerian oinarritutako jarrera delituarekin edo arauen aurkako jarrera modu antisozial batekin identifikatzen dute (Lykken, 1995). Egun, bai Espainiar Estatuan bai mendebaldeko munduan, zigor-arloarekin zein osasun publikoarekin lotutako arazoa da indarkeria. Batetik, Zigor Kodeak biltzen dituen delituetan sartzen dira indarkeria duten ekintza guztiak; bestetik, indarkeriaren ondorioek eragin handia dute biktimen osasunean eta ongizatean (Pueyo, 2008).

Rutterrek, “Antisocial behaviour by Young people: a major new review” Cambridge University Press delakoan (1998) idatzitako artikuluan, indarkeriak berebiziko garrantzia duten bi delitu mota bereizten ditu funtsean:

1) Indarkeria funtzio instrumentalarekin eta delitugilearen helburua lortzeko baliagarria denean (bahiketa, indarkeria bikotearen aurka, terrorismoa, hilketa enkarguz...).

2) Indarkeria egoera emozional biziei lotuta dagoenean (borroka baten testuinguruan gertatu den hilketa, gazteen taldeen arteko eraso fisikoa...).

Bestetik, Pueyok (2008) adierazi zuen bi kategoria hauek ez dutela elkar baztertzen, oro har, bata bestearen ondoren gertatzen baitira, eta sarri, bereiztea ere zaila izaten delako.

Indarkeria erabiltzen duten delituei buruz ari garenean, delitua gauzatzeko eraso fisikoa (edo benetako mehatxua) erabiltzen dela ulertzen dugu, zeinak kalteak, lesioak eta bestelako ondorio larriak eragiten dituela pertsonengan eta haien gauzetan. Oro har, indarkeria erabiltzen duten delituak oso larriak izaten dira biktimentzat, eta osasun fisikoan eta mentalean, garapen psikosozialean, haien ongizatean eta pertsona gisa

dituen oinarrizko eskubideetan dute eragina (bizitzeko eskubidea, sexu-askatasuna...) (Bartol & Bartol, 2005; Pueyo, 2008). Zigor Kodeak, zeinaren helburu nagusia “elkarbizitzaren oinarrizko balioak eta printzipioak bete daitezzen zaintzea” den (azaroaren 23ko 10/1995 Lege Organikoa, Zigor Kodearena), beti sailkatu izan ditu zigor-urraketak bi irudiren inguruan: delituak eta hutsegiteak. Horren inguruan aipatu beharra dago 2015eko uztailean indarrean sartu zen Zigor Kodearen azken aldaketan hainbat hutsegiteri zigorra kendu zaiela eta, beste batzuk, aldiz, delitu bihurtu direla. Hurrengo atalean, delituen eta hutsegiteen arteko desberdintasunak azaldu ostean, Zigor Kodean bildutako indarkeria erabiltzen dituzten delitu nagusiak laburbildu ditugu.

## **2.2 Delituak eta faltak Zigor Kodean**

Zigor Kodearen **10. artikulua**ren arabera, delitu edo faltak dira “legeak zigortzen dituen dolo edo zuhurtziagabekeriako egite eta ez-egiteak”. Bestalde, **13. artikulua** modu honetan sailkatzen ditu:

- *Delitu astunak dira legeak zigor astunarekin zigortzen dituen arau-hausteak.*
- *Astuntasun txikiagoko delituak dira legeak astuntasun txikiagoko zigorrarekin zigortzen dituen arau-hausteak.*
- *Faltak dira legeak zigor arinarekin zigortzen dituen arau-hausteak.*
- *Zigorra, bere hedadura dela eta, aldi berean, artikulua honen lehenengo bi zenbakietan aipatutako zigorraren artean sartu ahal bada, delitua astuntzat hartuko da, edozein kasutan.*

Egozgarritasunari dagokionez, **15. artikulua** honako hau argitzen du:

- *Zigortzeko modukoak dira delitu burutua eta delitu-saiakuntza.*
- *Faltak zigortuko dira burutu direnean bakarrik, pertsona edo ondarearen aurka egindako falta-saiakuntzak izan ezik.*

### 2.2.1 Zigor Kodearen aldaketa. 2015eko uztaileko erreforma

Zigor Kodearen azken erreforma 2015eko uztailean sartu zen indarrean, 2015eko martxoaren 26ko Diputatuen Kongresuaren Osoko Bilkuran onetsia izan zelarik (EAO, 2015). Zigorren erreforma honen bidez, zigorren sistema aztertu eta eguneratu zen, eta asko dira altxatu direnak egin ziren aldaketen aurka.

Jarraian, indarkeria erabiltzen duten delituei dagokienez egindako aldaketa nagusiak aipatuko ditugu (Aranzadi, 2015):

- **Berrikus daitekeen behin betiko espetxeratzea barneratu da:** hurrengo egoera hurrengo egoera larrigarrietako bat tartean dituzten hiletei ezarri ahal izango zaie:
  - o Biktima hamasei urtetik beherako adin txikikoa izatea edo, adinarenatik edo ezintasunen batengatik mingarriagoa izatea.
  - o Erasotzaileak biktimaren sexu-askatasunaren aurka egindako delituaren ondorioz gertatu bada heriotza.
  - o Talde edo erakunde kriminal bateko kide batek burutzea hilketak.
  - o Hilketak anizkoitzak.
  - o Genozidio, gizateriaren aurkako edo Errege, Erregina, edo Printze edo Asturiasko Printzesaren aurkako delituetan.

25 eta 35 urte bitarteko kondenaren zati bat betetakoan, Auzitegiak ofizioz aztertu beharko du beste bi urtez eutsi behar zaion ala ez espetxeratze horri; eta baita zigortuak eskatzen duenean ere. Hala ere, urte betean ezingo dira eskaera berriak aurkeztu.

- **Delitu bihurtu diren hutsegiteak:**
  - o Arestian 617. artikuluan bildutako nahita eragindako lesioak eta tratatu txarrak delitu arin gisa sailkatzen dira orain 147.2 eta 147.3 artikuluetan.

- Aurretik 620.2 artikuluan zehazten ziren derrigortze eta mehatxuengatikoko hutsegiteak delitu arin bihurtu dira 171.1. eta 172.3 artikuluetan zehazten den bezala.
- Aurretik 623, 624 eta 625 artikuluetan biltzen ziren ondarearen aurkako hutsegiteak delitu arin bihurtu dira (guztiak, motordun ibilgailua erabiltzea salbu, zeina delitu ez hain larria den orain).

Oinarrizko kontzeptu horiek azalduta, orain, Zigor Kodeak egiten duen bezala, ikerketa honetan zehar aztertu ditugun indarkeriazko delitu nagusiak azalduko ditugu.

## **2.3 Delitu bortitzak Zigor Kodean**

Jarraian, Zigor Kodeak azaltzen dituen bezala aipatzen ditugu delitu bortitzak (hitzez hitz kopiatu dena letra etzanez). Lan honetan zehar agertzen doazen kontzeptuak ulertzeko erabilgarriak ez diren artikulua kendu ditugu, eta baita delitu bakoitzari dagozkion zigorrak ere, hemen ez ditugulako aztertuko. Beraz, atal honen helburua lan honetan zehar aipatzen diren delitu bortitzak ezagutu eta identifikatzen jakitea da. Gainera, errazago irakurri eta lanaren barne-kohesioa hobetzeko, lanaren atal guztietan egitura eta sailkatzeko modu bera jarraitzen saiatu gara.

### **2.3.1 Giza hilketa eta giza hilketaren formak**

#### **Giza hilketa. 138.-141. artikulua**

*Norbaitek beste bat hiltzen badu, espetxealdi-zigorra ezarriko zaio giza hilketaren errudun gisa.*

**Intentziosko giza-hilketa (doluz) amaitua**, *kriminalak intentzio osoz biktimaren hilketaren emaitza bilatzen dueneko* kasuari esaten zaio.

**Intentziosko giza-hilketa saiakera** esaten zaio *gauzatu gabeko giza-hilketari, egilearen asmoaz haratago doazen arrazoientzat gauzatu gabekoa* denean.

### **Erailketa. 139. artikulua**

*Espetxealdi-zigorra ezarriko zaio beste bat hiltzen duenari, erailketaren errudun gisa, baldin eta hurrengo inguruabarretatik bat gertatzen bada:*

- *Maltzurkeria. Kode penalaren 22. artikulua araberako maltzurkeria dago errudunak, pertsonen aurkako delituetatik edozeinetan, horiek zuzenean edo beren beregi ziurtatzeko asmatu bideak, moduak edo erak erabiltzen baditu, berarentzat arriskurik sor ez dadin ofendituak egiten duen defentsagatik.*

Maltzurkeriak erasoaladian biktimaren babesgabetasuna ziurtatzea bilatzen du.

- *Hura prezioagatik, sariagatik edo hitza emateagatik egitea. Kasu honetan egileak hirugarren batek egindako eskaintza ekonomikoagatik burutu izana beharrezkoa da.*
- *Biktimaren mina deliberatuki eta gizagabeki handituz, hura ankerkeriarekin egitea. Biktimaren heriotza aurreko tortura modalitate bat da, honengan sufrimendu fisiko zein mental behargabeak sortuz.*

### **Zuhurtziagabekeriazko giza hilketak. 142. artikulua**

*Norbaitek, zuhurtziagabekeria larriaren ondorioz, beste baten heriotza eragiten badu, zuhurtziagabekeriazko giza hilketaren errudun gisako zigorra ezarriko zaio...*

*Zuhurtziagabekeriazko giza hilketak ibilgailu motordun, motor-bizikleta edo su-arma erabiliz egiten denean, kasuan-kasuan ibilgailu motordun eta motor-bizikletak gidatzeko eskubideaz edo su- armak edukitzeko edo eramateko eskubideaz gabetzen duen zigorra ere ezarriko da.*

*Giza hilketa lanbide-zuhurtziagabekeriaren ondorioz egiten denean, lanbide, ogibide edo karguan aritzeko desgaitasuna bereziko zigorra ezarriko da.*

### **Inor bere buruaz beste egitera induzitzea. 143. artikulua**

*Norbaitek inor bere buruaz beste egitera induzitzen badu espetxealdi-zigorra ezarriko zaio.*

*Espetxealdi-zigorra ezarriko zaio pertsona batek bere buruaz beste egiteko beharrezko egintzekin laguntzen duenari. Espetxealdi-zigor handiagoa ezarriko zaio pertsona baten heriotza eragin arte laguntzen duenari.*

*Norbaitek beste baten heriotza eragiten badu edo beste hori hil dadin beharrezkoak eta zuzenekoak diren egintzekin modu aktiboan laguntzen badu, eta biktimak beren beregi, benaz eta zalantzarik gabe hiltzeko laguntza eskatu badio, heriotza eragingo dion gaixotasun larria duelako edo gaixotasun larriaren ondorioz pairamen etengabe eta jasanezinak dituelako, orduan, persona horri artikulua honen 2. eta 3. paragrafoetan ezarritako zigorrak baino gradu bat edo bi gutxiagokoak ezarriko zaizkio.*

## **2.3.2 Lesioak**

### **Lesio delituak. 147.-152. artikulua**

*Zigor Kodearen 147. artikulua zera dio: norbaitek, edozein bide edo prozedura erabiliz, beste bati lesioa eragiten badio, gorputz-osotasunean, osasun fisikoan edo buru- osasunean kalte eginez, orduan, pertsona hori ... espetxealdi-zigorra ezarriko zaio, **lesio-delituaren** errudun gisa, baldin eta lesio hori objektiboki sendatzeko, **medikuntza-sendabidea edo sendabide kirurgikoa** behar badu, **adituen lehenengo laguntzaz gain**. Adituak*



*lesioaren inguruan egiten duen zaintza edo jarraipen hutsa ez da medikuntza-sendabidetzat hartuko.*

Hurrengo artikulua (148-152) inposatutako zigorrak handituak izango direneko ezaugarriak eta jazoerak deskribatzen dituzte. Zehazki, 148. artikulua arabera, aurreko artikuluan ezarritako lesioak espetxealdi handiagoarekin zigor daitezkeela azaltzen du, eragiten duen emaitza edo sortzen duten arriskua kontuan izanik:

- Ankerkeria edo maltzurkeria badago. Lesionatuaren bizitzarako edo beraren osasun fisiko zein psikikorako arriskutsuak diren arma, tresna, gauza, bide, metodo edo erak erabili badira erasoan.
- Biktimak hamabi urte baino gutxiago baditu, edo gai ez bada.

**149. artikulua** erreparatuta, espetxealdi zigorra oraindik ere handiagoa litzateke *norbaitek, edozein bide edo prozedura erabiliz, beste bati eragiten badio organo nahiz gorputz-adar nagusi edo zentzumen baten galera nahiz gauzaeza, edo inpotentzia, antzutasuna, itxuragabetasun larria, edo gaixotasun psikiko edo somatiko larria... edo nagusi ez den organo edo gorputz adar baten galera edo gauzaeza nahiz itxuragabetasuna* eragiten badio (**150. artikulua**).

**151. artikulua** arabera, Titulu honen aurreko artikuluetan ezarritako delituak egiteko zirikatzeari, konspiratzeari eta proposatzeari zigortuko dira, *bakoitzari dagokion zigorra baino gradu bat edo bi gutxiagoko zigorrarekin.*

Azkenik, **152. artikuluan**, *zuhurtziagabekeria larriaren ondorioz, aurreko artikuluetan ezarritako lesioetako bat* eragiten duenari dagozkion espetxealdi-zigorrak azaltzen dira.

### **Familiaren baitan tratu txarrak 153. artikulua**

Artikulu honek pertsona bati familiaren baitan tratu txarrak ematea lepora daitezkeen kasuak deskribatzen ditu: *norbaitek ohikotasunez indarkeria fisiko edo psikikoa erabiltzen badu bere ezkontidearen edo bere ezkontidea izan denaren aurka edo antzeko maitasun-harremanen bidez era iraunkorrean lotuta dagoenaren edo egon denaren aurka, edo bere seme-alaben, ezkontidearen seme-alaben edo bizikidearen seme-alaben aurka, edo berarekin bizi diren tutoretzapeko, aurreko edo ezgaien aurka, edo beraren nahiz bizikidearen guraso-ahal, tutoretza, kuradoretza edo egitezko zaintzaren menpe dauden tutoretzapeko, aurreko edo ezgaien aurka, orduan, pertsona horri sei hilabetetik hiru urte arteko espetxealdi-zigorra ezarriko zaio; horrek ez dio kalterik egingo indarkeria psikiko edo fisikozko egintzen ondorioz gertatutako delitu edo faltei dagozkien zigorrak ezartzeari.*

### **Lesioen beste arau-hauste batzuk 154-155 artikulua**

**154. artikulua** arabera, *elkarri modu nahasian erasoka liskarretan aritzen direnei, liskarrean parte hartzeagatik, zigorra ezarriko zaie, baldin eta pertsonen bizia edo osotasuna arriskuan jartzen duten bideak edo tresnak erabiltzen badituzte.*

**155. artikulua**, honakoa argitzen da: *lesio-delituetan, ofendituak adostasuna balio osoz, askatasunez, berez eta beren beregi ematen badu, gradu bat edo bitan txikiagoa den zigorra ezarriko da. Ez da baliozkoa izango adingabe edo ezgaiak emandako adostasuna.*

**156. artikulua**, aurreko artikuluan xedatutakoa argitzen da: *adostasuna ematen bada balio osoz, askatasunez, kontzientziaz eta beren beregi, erantzukizun penaletik salbuesten du, legearen arabera egindako organo-birlandaketetan eta adituek egindako antzutzeko eta sexu-aldaketako*

*kirurgiako ebakuntzetan, salbu eta adostasuna akatsen bidez edo prezio nahiz sariaren bidez lortu denean, edo adostasuna eman duena adingabea edo ezgaia denean; kasu horretan, ez da baliozkoa izango adingabeak eta ezgaiak edo euren lege-ordezkariek emandako adostasuna.*

*Dena den, ez da zigortzekoa izango pertsona ezgaitua antzutzea, pertsona horrek urritasun psikiko larria badu, baldin eta, epaileak, ezgaiari komeni zaiona irizpide artezkari gisa harturik, antzutze hori baimendu badu, bai ezgaiakuntza prozeduran bertan, bai, ezgaiaren lege-ordezkariak eskaturik, ondoren borondatezko jurisdikzio- espedientearen izapideak egiten direnean, bi adituren irizpena eta Fiskaltzak esan beharrekoak entzun eta gero, ezgaia aurretiaz aztertuta.*

### **2.3.3 Askatasunaren aurkako delituak**

#### **Atxiloketa ilegalak eta bahiketak. 163.-171. artikulua**

**163. artikuluan** honako era honetara definitzen dira: *Norbanako batek beste bat giltzaperatu edo atxilotzen badu, askatasuna kenduta... Errudunak giltzaperatuari edo atxilotuari askatasuna ematen badio atxiloketaren lehenengo hiru egunetan, helburu gisa zuen objektua lortu barik, orduan, errudunari aurreko idatz-zatian ezarritako zigorra baino gradu bat gutxiagokoa ezarriko zaio.*

**164. artikuluan** zein zigor ezarriko diren zehazten da *pertsona bat bahitu eta pertsona hori askatzeko baldintzetako bat galdatzen denean.*

**165. artikuluan** zein zigor ezarriko diren azaltzen da *legearen aurkako atxiloketa edo bahiketa egiten bada, agintaritza edo funtzio publikoa dela itxura eginez, edo biktima adingabea edo ezgaia edo bere eginkizunak betetzen diharduen funtzionario publikoa bada.*

**166. artikulua**, bere aldetik, espetxe zigorra aldatu egingo den zenbait kasu azaltzen ditu:

- *Legearen aurkako atxiloketa edo bahiketaren errudunak ez badu esaten atxilotutako pertsona non dagoen...*
- *...biktima adingabea edo babes berezia behar duen persona ezgaia bada...*
- *...legearen aurkako atxiloketa edo bahiketa egin izan balu egileak, biktimaren askatasunaren zein kaltegabatasun sexualaren aurkako intentzioarekin, edo gero helburu horrekin aritu izan balitz...*

**167. artikulua** honako kasuak arautzen ditu: *agintari edo funtzionario publikoak, legean baimentzen diren kasuetatik kanpo eta delituaren ondorioz auzirik egon gabe, aurreko artikuluetan azalduko egitateetako bat gauzatzen bada.*

**168. artikulua**, berriz, *zirikatzea, konspiratzea eta proposatzeagatik* zein zigor ezarriko diren kontsulta daitezke.

### **Mehatxuak. 169.-171. artikulua**

**169. artikulua** honako delitua definitzen da: *norbaitek beste bati mehatxu egiten badio, berari, beraren familiari edo berari estu loturik dauden beste pertsona batzuei kalte egingo diela, eta kalte hori bada giza hilketa, lesio edo abortu delitua, askatasunaren aurkako delitua, tortura-delitua nahiz osotasun moralaren, sexu-askatasunaren, bizitza pribatuaren, ohorearen, ondarearen, eta gizarte eta ekonomiaren ordenaren aurkako delitua.*

**170. artikuluan** honakoa zehazten da: *delitua den kaltearekin mehatxatzen bada, mehatxu horiek bideratuta badaude herri baten biztanleak, talde etnikoa edo kultura-, erlijio-, gizarte- nahiz lanbide-taldea edo beste edozein pertsona-talde beldurtzera, eta mehatxu horiek beldurra sortarazteko behar besteko larritasuna badute... aurretik aipatu helburu eta larritasun berarekin, banda armatu, antolakunde edo talde terroristei indarkeriazko egintzak gauzatzea jendaurrean eskatzen dizkietenei.*

Azkenik, **171. artikulua** honako egoerak biltzen ditu:

- *Delitua ez den kaltearekin mehatxatzea.*
- *Norbaitek beste bati diru kopuru bat edo sari bat galdatu badio, beraren bizitza pribatu edo familia-harremanei buruz agerikoak ez diren egitateak agertarazteko edo hedatzeko mehatxuarekin, eta egitate horiek mehatxatuaren ospea, izena edo interesa uki badezakete.*
- *Aurreko paragrafoan azaldutako egitatea delitu bat agertarazteko edo delitu bati buruzko salaketa egiteko mehatxua bada.*
- *Norbaitek, era arinean, mehatxu egiten badio bere emazteari edo halakoa izandakoari, edo berarekin antzeko afektibotasun-harremanekin loturik dagoen edo egon den emakumeari, elkarrekin bizi ez arren...*
- *Norbaitek, era arinean, mehatxu egiten badio, armak edo antzeko tresna arriskutsuak erabiliz, 173.2 artikuluan aipatu pertsonetako bati, artikulua honetako aurreko paragrafoan ezarritakoak salbu.*
- *...Norbaitek, era arinean, mehatxu egiten badio beste bati hilabete bat eta hiru hilabete arteko isuna jasoko du... berau soilik kaltetua izan den pertsonaren zein azken honen ordezkari legalaren denuntzia batek ahalbidetuko duen arren...*

## **Derrigortzeak. 172. artikulua**

Jarraian, pertsona batek derrigortzea eragin duen kasuak azaltzen dira:

- *Norbaitek, bidezko baimenik gabe, beste bati, indarkeriaren bidez, legeak debekatzen ez duena egitea eragozten badio edo egin nahi ez duena egitera behartzen badu, zuzena izan zein ez.*
- *Norbaitek, era arinean, derrigortzea eragiten badu bere emaztea denari edo halakoa izandakoari, edo berarekin antzeko afektibotasun-harremanekin loturik dagoen edo egon den emakumeari, elkarrekin bizi ez arren...*
- *Norbaitek, larderia larriarekin edo bortizkeriarekin beste persona bat berarekin ezkontzera behartzen duenean...*
- *Norbaitek, aurreko atalean azaldutako ekintzak egiteko helburuarekin, bortizkeria, larderia larria edo iruzurra erabiltzen baditu beste persona bat Espainiako lurraldea uztera bortxatzeko edo bertara ez itzultzeko...*
- *...Norbaitek, beste persona bat erasotuko balu etengabeki eta errepikakorki, legitimoki baimenduta egon gabe, persona horren hurrengo jokaerek haren eguneroko bizitzaren garapena larriki aldatuz:*
  - *Persona hori zaindu, jarraitu edo hurbiltasun fisikoa bilatzen badu.*
  - *Harekin kontaktua ezartzea lortzen badu, edo behintzat saiatzen bada, edozein komunikabide zein hirugarren pertsonen bidez.*
  - *Pertsona horren datu pertsonalen erabilpen bidegabearen bidez, produktu zein izakinak erostea zein zerbitzuak kontratatzea, edo hirugarren pertsona batzuk harekin kontaktuan jartzea*
  - *Pertsona horren askatasunaren aurka edo ondarearen aurka jotzen badu, edo pertsona honen hurbilekoa den askatasunaren aurka edo ondarearen aurka.*

## 2.3.4 Torturak eta osotasun moralaren aurkako beste delituak

### **Familiaren baitako ohiko tratu txarrak. 173. artikulua**

Familiaren baitan ohiko tratu txarreatatik arau-haustek honako era honetan zehazten dira Zigor Kodean:

*1. Norbaitek beste pertsona bati, beraren osotasun moralari kalte larria eginez, tratu apalesgarria ematen badio, espetxealdi-zigorra ezarriko zaio.*

*Zigor berbera ezarriko zaie, edozein lan-edo funtzionario harremanen eremuan, euren nagusitasun harremanaz baliatuz, beste baten aurka eta behin eta berriz etsaigoko ekintzak edo ekintza umiliagarriak gauzatzen dituenek, ekintza horiek tratu apalesgarria izatera heldu gabe, biktimaren aurkako jazarpen larria osatzen dutenean.*

*Zigor berbera ezarriko zaie etsaigoko ekintza eta ekintza umiliagarriak behin eta berriz egiten dituenari ere, ekintza horiek tratu apalesgarria izatera heldu gabe, etxebizitzaren gozatze bidezkoa eragozteka denean.*

*2. Norbaitek ohikotasunez indarkeria fisiko edo psikikoa erabiltzen badu ezkontidea den edo izan denaren aurka, edota antzeko maitasun-harremanez berarekin egonkor loturarik dagoen edo egon izan den pertsonaren aurka, elkarrekin bizi ez arren; edota odol, adopzio nahiz ezkontza bidezko ahaidetasuna dela medio, haren nahiz beraren ezkontidearen edo harekin bizi denaren ondorengo, aurreko edo neba-arreben aurka; edota harekin bizi diren nahiz haren ezkontidearen edo berarekin bizi denaren guraso-ahal, tutoretza, kuradoretza, zaintza edo egitezko harreraren menpe dauden adingabe edo ezgaien aurka; edota beste edozein pertsonaren aurka, pertsona hori haren familia –elkarbizitzaren gunean sartuta badago edozein motatako harremanen bidez; bai eta euren ahulezia dela medio, zentro publiko nahiz pribatuetan zaintza edo jagoletzapean daudenen aurka.*

3. *Aurreko paragrafoak aipatzen duen ohikotasuna antzemateko, kontuan hartuko da egiaztatutako indarkeria-ekintzen kopurua, bai eta ekintza horien arteko denbora-hurbiltasuna ere; ez da kontuan hartuko, ordea, indarkeria hori artikulua honetan barne hartutako biktima berari egitea edo desberdinei, ezta indarkeriazko ekintzak aurreko prozesuetan epaituak izatea ere.*

### **Torturak eta osotasun moralaren aurkako beste infrakzio betzuk. 174.-177 artikulua**

Kode Penalaren arabera, torturaz ari gara agintari edo *funtzionario publikoak tortura egiten du, bere karguaz abusatuz, pertsona baten aitortza edo informazioa lortzeko helburuarekin edo pertsona horrek gauzatu duen edo gauzatu duela susmatzen den egitatearengatik zigortzeko helburuarekin, pertsonari baldintzak edo prozedurak ezartzen dizkionean, beren izaera, iraupena edo bestelako inguruabarren ondorioz, gorputzeko edo buruko sufrimenduak eragiten dizkietenak, ezagutu, bereizi edo erabakitzeke ahalmenak ezabatu edo gutxitzen dizkietenak, edo beste edozein modutan pertsonaren osotasun moralaren aurka atentatu egiten dutenak. Torturaren errudunari bi urtetik sei arteko espetxealdi-zigorra ezarriko zaio atentatua larria bada; bestela, urtebetetik hiru artekoa. Edozein kasutan, adierazitako zigorrez gain, erabateko desgaiakuntza-zigorra ezarriko zaio, zortzi urtetik hamabi artekoa.*

*Zigor berberak ezarriko zaizkio, hurrenez hurren, espetxeetako edo adingabeen babes-etxe nahiz zentzatosietako agintari edo funtzionarioari, aurreko paragrafoan azaldutako egitateak gauzatzen baditu atxilotu, barneratu edo presoan inguruan.*

**175.-177. artikuluetan** delitu honen modalitate ezberdinetan ezarriko diren zigorrak zehaztuko dira, osotasun moralaren aurkako egikaritzaren ezaugarri zein intentsitatearen arabera.



### 2.3.5 Sexu-askatasunaren eta ukigabetasunaren aurkako delituak

#### Sexu-erasoa. 178.-180. artikulua

*Norbaitek, indarkeriaz edo larderiaz, beste pertsona baten sexu-askatasunaren aurka atentatu egiten badu, orduan, sexu-erasoaren erantzule gisa espetxe-zigorraz zigortua izango da.*

**179. artikulua** honakoa zehazten da: *sexu-erasoa maginatik, uzkitik zein ahotik haragitzea denean, edota lehenengo bi bide horietako batetik gauzak sartzea denean, erantzulea, bortxaketaren errudun gisa zigortuko da, espetxealdi-zigor handiagoa ezarriz.*

**180. artikulua, berriz**, honako inguruabar hauetako bat gertatzen denean zein espetxe zigor ezarriko diren zehaztera mugatzen da:

- *Erabilitako indarkeria edo larderia bereziki apalesgarria edo isekagarria denean.*
- *Egitateak pertsona bik edo gehiagok taldean gauzatzen dituztenean.*
- *Biktima, bere adin, gaixotasun edo egoera dela eta, bereziki, pertsona ahula denean, eta, edozein kasutan, hamahiru urte baino gutxiago dituenen.*
- *Nagusitasun- edo senidetasun-harremanez baliatzen denean erantzulea delitu egiteko, odolez edo adopzioz biktimaren aurreko, ondorengo edo neba-arreba izateagatik, edota ezkonidetasuna izateagatik.*
- *Egileak armak edo arrisku bereko bideak erabiltzen dituenen, heriotza edo 149 eta 150. artikuluetan ezarritako lesioetatik bat eragin dezaketenetarikoa, eragindako heriotza edo lesioengatik dagokion zigorrari kalterik egin gabe.*
- *Aurreko inguruabarretako bi edo gehiago pilatzen badira, artikulua honetako zigorrak goiko erdian ezarriko dira.*

## Sexu-askatasunaren aurkako beste arau-hauste batzuk. 181-189 artikulua

### Sexu-gehiegikeria

**181. artikuluan** ikus daitekeen bezala, pertsona batek sexu gehiegikeria burutu duela ulertzen da honako kasuetan:

- *Norbaitek, indarkeria, larderia eta adostasunik gabe, beste pertsona baten sexu-askatasun edo ukigabetasunaren aurka atentatu egiten duten egitateak gauzatzen baditu, sexu-abusuaren erantzule gisa zigortua izango da. Aurrekoen ondoreetarako, adostu gabeko sexu-abusutzat hartuko da hamahiru urte baino gutxiago dutenen aurkakoa, konortetik gabe dauden pertsonen aurkakoa edo euren buru-nahasteaz abusatuz gauzatzen dena.*
- *Erantzuleak biktimaren adostasuna lortzen badu, biktima horri askatasuna murrizten dion nagusitasun-egoera nabariaz baliatuz.*

**182. artikuluan**, ezarritako zigorrak zehazten dira: norbaitek, engainuaren bidez edo konfiantzan oinarritutako, autoritate edo eragindun posizio batetik, hamasei urtekoa baino nagusiagoa eta hamazortzikoa baino gazteagoa den pertsona batekin sexu izaerako ekintzak egiten baditu.

### Sexu-abusu eta erasoak hamasei urte baino gutxiagoko adingabeei

**183. artikuluan** bitartez 16 urte baino gutxiago dituzten adingabeei egindako sexu-abusuak arautzen dira. *Norbaitek, engainuaren bidez, hamasei urte baino gazteagoa den pertsona bati sexu-abusua egiten badio, adin txikiko bati eginiko sexu-erasoaren erantzule gisa zigortua izango da.* Egikaritza hauek biolentzia ala intimidazioa erabiliz burutzen badira, erantzulea adin txikiko bati eginiko sexu-erasoaren delituagatik zigortua izango da.

Halaber, ondorengo egoera hauek ere delitu kontsideratuko dira:

- *Norbaitek sexua izateko helburuarekin, hamasei urte baino gutxiago dituen bat izaera sexuala daukan portaera zein jarduera batean parte hartzera bultzatzen badu, edo sexu izaerako ekintzak ikustarazten badizkio, egilea bertako partaidea izan ez arren.*
- *Norbaitek, Internet bidez, telefono bidez edo beste edozein informazio-eta komunikazio- teknologikoa bidez, hamasei urte baino gehiago dituen batekin harremanetan jartzen bada eta berarrekin elkartzeko proposamena egiten badio 178. artikulatik 183. erakoetan eta 189.an deskribatutako delituetatik edozein gauzatzeko helburarekin, betiere, proposamen hori adingabearengana gerturatzerazuzendutako ekintzekin lagundurik.*
- *Norbaitek, Internet bidez, telefono bidez edo beste edozein informazio-eta komunikazio- teknologikoa bidez, hamasei urte baino gehiago dituen batekin harremanetan jartzen bada eta liluratzeko asmoz egindako ekintzen bidez adin txikiko bat agertzen den material pornografikoa emateko edo erakusteko eskatzen badio.*

Egilearen eta biktimaren artean adinaren aldetik zein garapenaren aldetik hurbiltasunik balego, eta hamasei urte baino gutxiago duenaren baimen askea izango balu egileak, ez da erantzunkizun penalik egongo.

## **Sexu-jazarpena**

**184. artikuluan** honako era honetan definitzen da sexu-jazarpena egiten duen persona: *norbaitek berarentzat edo beste batentzat sexu-mesedeak eskatzen baditu, laneko, irakaskuntzako edo zerbitzu-eskaintzako harreman jarraitu edo ohikoen eremuan, eta jokabide horrekin biktima jartzen badu larderiako, etsaigoko edo umilazioko egoera objektibo eta larrian, orduan, pertsona horri, sexu-jazarpenaren egile gisa zigortua izango da.*

Ezarrিতako espetxe-zigorak aldatu egingo dira, honako kasuetan: *sexu-jazarpenaren errudunak egitatea gauzatu badu, laneko, irakaskuntzako edo hierarkiako nagusitasun-egoeraz baliatuz, edo biktimari, esanbidez edo isilbidez, harreman horien inguruan izan ditzakeen bidezko igurikimenei kalte eragingo diela mehatxu eginez... bai eta biktima, bere adin, gaixotasun edo egoera dela eta, bereziki, ahula denean.*

## **Erakuts-zalekeria eta sexu-zirikatzeko delituak**

**185 eta 186 artikuluetan** honako egoerak jasotzen dira:

- *Norbaitek adingabe edo ezgaien aurrean erakuspen-egintza lizunak gauzatzen baditu, edo beste batzuk behartzen baditu egintza horiek gauzatzera.*
- *Norbaitek, zuzeneko edozein bide erabiliz, adingabeen edo ezgaien artean pornografiako materiala saldu, hedatu edo erakusten badu.*

## **Adingabeen prostituzio eta usteltzeari buruzko delituak**

**187. artikulua** delitu hauen zigorrak azartzen ditu, biktima adin nagusikoa denean.

- *Norbaitek, indarkeria, larderia edo engainua erabiliz, edota nagusitasun- zein beharrizan-egoeraz nahiz biktimaren ahuleziaz abusatuz, adin nagusikoa prostituzioan jardutera edo horretan irautera derrigortzen badu... edo beste persona bat prostituzioan aritzera behartuagatik etekin ekonomikoak atera baditu.*

*Kasu guztietan, “explotazioa” egon badagoela ulertuko da honako egoera hauetako bat ematen denean:*

- a) *Biktima egoera personal edo ekonomiko zaurgarri batean egotea.*
- b) *Bere jardunerako baldintza gaitzak, neurrigabeak eta gehiegizkoak ezarri izatea.*

Ezarritako zigorrek aldakuntzak jasango dituzte, ondorengo inguruabarretatik bat gertatzen denean:

- a) *Erruduna agintaritza-izaeraz edo agintaritza horren agente nahiz funtzionario publiko izaeraz baliatu denean. Kasu honetan, gainera, epe bateko desgaitasuna zigorra ezarriko da.*
- b) *Erruduna, horrelako egitateak gauzatzeari ekiten dion antolakunde edo talde kriminal baten kide denean.*
- c) *Errudunak biktimaren bizitza edo osasuna arriskuan jarri nahi duenean, doloz edo zuhurtziagabekeria astunagatik.*

**188. artikulua,** ordea, biktima adin txikikoa den kasuetan oinarritzen da: *norbaitek adingabea edo ezgaia den pertsona prostituziora induzitu edo hura sustatu, faboratu edo errazten badu zigortua izanfo da...*

Aurreko paragrafoan adierazitako egitateok gauzatzen dituztenei. espetxealdi-zigor altuena ezarriko zaie.

Zigor altuenak ezarriko dira, besteak beste, honako egoeretan:

- a) *Biktima bereziki zaurgarria denean, adin, gaixotasun, edo ezgaitasun arrazoiengatik.*
- b) *Nagusitasun- edo ahaidetasun- harremanez baliatzen denean erantzulea delitu egiteko, odolez edo adopzioz biktimaren aurreko ahaide, edo neba-arreba izateagatik, edota ezkontza bidezko ahaidetasuna izateagatik.*

- c) *Delitua burutzeko, horretarako euren agintaritza-izaeraz edo agintaritza horren agente nahiz funtzionario publiko izateaz baliatzen badira.*
- d) *Errudunak biktimaren bizitza edo osasuna arriskuan jarri duenean, doloz edo zuhurtziagabekeria astunagatik.*
- e) *Egintzak biedo pertsona gehiagoren elkarrekintza bidez egin direnean.*
- f) *Erruduna, horrelako egitateak gauzatzeari ekiten dion antolakunde edo talde kriminal baten kide denean.*

Halaber, espetxe-zigorra ezarriko zaio, ordainsari edo hitz emate baten truke, adin txikikoa edo babes berezia behar duen ezgaia den pertsona batekin sexu harremanak eskatu, onartu edo lortzen duenari...

Azkenik, **189. artikuluan** honako egoeretan ezarriko diren zigorrak zehazten dira:

*- Adingabeak edo ezgaiak erabiltzen dituenari erakuts-zalekeriazko edo pornografiatzko helburuekin edo halako ikuskizun publiko nahiz pribatuetan, edota edozein motatako pornografiatzko materiala egiteko, bai eta jarduera horietatik edozein finantzatzen duenari ere.*

*- Pornografiatzko materiala egin, saldu, banatu, erakutsi edota, edozein bide erabiliz, hori egitea, saltzea, hedatzea edo erakustea errazten duenari, betiere material hori egiteko adingabeak edo ezgaiak erabili direnean, nahiz eta materiala atzerrian egin edo jatorri ezezagunekoa izan.*

Ezarritako zigorrak handiagoak izango dira honako egoeretan:

- a) *Hamasei urtekoak baino gaztegoak erabiltzea.*
- b) *Egitateak, euren izaerarengatik, bereziki apalesgarri edo isekagarri gertatzea.*
- c) *Pornografiatzko materialaren balio ekonomikoa aintzakotzat hartuta, egitateak bereziki larriak izatea.*
- d) *Erruduna jarduera horiek burutzen dituen antolakunde edo elkarte bateko kidea izatea, antolakunde edo elkarte hori iragankorra bada ere.*

g) *Erantzulea adingabearen edo ezgaiaren aurrekoa, tutorea, kuradorea, zaintzailea, irakaslea edo egitez nahiz zuzenbidez horretaz arduratzen den pertsona izatea.*

h) *Berrerortzearen larritasuna izatea.*

### **2.3.6 Ondarearen, eta gizarte eta ekonomiaren ordenaren kontrako delituak**

#### **Ebasketak. 234.-236. artikulua**

*Norbaitek, irabaziak lortzeko asmoz, beste baten gauza higigarriak hartzen baditu jabearen borondatearik gabe.*

**235. artikuluan** ebasketak espetxe-zigorrekin zigortuak izango diren kasuak zehazten dira. Besteak beste:

- 1. Erti-, historia-, kultura- edo zientzia-balioa duten gauzak osten direnean.*
- 2. Oinarrizko beharrianetarako edo zerbitzu publikorako gauzak direnean, gauza horiek osteak zerbitzu publikoa modu larrian urratzen badu, edo hornidurarik ez izatea eragiten badu.*
- 3. Ostutako efektuen balioa kontuan izanik, ebasketa larritasun bereziko denean, edo astuntasun bereziko kalteak sorrarazten direnean.*
- 4. Ebasketak biktima edo beraren familia egoera ekonomiko larrian jartzen duenean, edo ebasketa biktimaren beraren inguruabarrez abusatuz egiten denean.*

## **Lapurretak. 237. artikulua**

Lapurreta-delitupeko errudunak dira, *irabaziak lortzeko asmoz, beste baten gauza higigarriak harrapatzen dituztenak, baldin eta, gauza horiek dauden lekura sartzeko, gauzetan indarra erabiltzen badute edota pertsonen aurka indarkeria edo larderia.*

### **Indarra erabiliz egindako lapurreta**

**238. artikuluan** azalduta, gauzetan indarra erabiliz egindako lapurreta-delituaren errudunak dira egitatea gauzatu dutenak hurrengo inguruabarretatik bat gertatzen denean:

- 1) Eskalatzea.*
- 2) Horma, sabaia edo lurzoria apurtzea, edo atea edo leihoa haustea.*
- 3) Lapurreta egiten den lekuan nahiz beste leku batean, armairuak, diru-kutxak edo bestelako altzari zein objektu itxi edo zigilatuak haustea, horien sarrailak bortxatzea edota horien kodeak asmatzea, euren edukia osteko.*
- 4) Giltza faltsuak erabiltzea.*
- 5) Alarma- edo zaintza-sistema bereziak deuseztatzea.*

**239. artikulua**ren arabera, hurrengo hauek giltza faltsuztat hartzen dira:

- 1. Gakordeak edo horien antzeko beste tresnak.*
- 2. Jabeak galdutako giltza bidezkoak, edo zigor-zuzenbideko arau bat hautsiz lortzen direnak.*
- 3. Errudunak bortxatutako sarraila irekitzeko, jabeak erabiltzen dituen giltzak ez, bestelako edozein.*

*Artikulu honen ondoreetarako, giltzatzat hartzen dira txartel magnetiko zein zulatuak, eta urrunetik irekitzeko aginte nahiz tresnak.*



**241. artikuluan**, indarra erabiliz egindako lapurreta etxe biztanledunetan honako era honetan definitzen da: *lapurreta etxe biztanledunean, jendaurrean zabalik dagoen eraikin zein lokalean, edota horietako edozein gelatan egiten denean.*

Etxe biztanleduntzat hartzen da *edozein aterpe, pertsona bat edo gehiagoren bizilekua bada, nahiz eta lapurreta gertatzen denean, edozer dela eta, pertsona hori edo horiek etxebizitzatik kanpo egon. Atal honetan, etxe biztanleduneko edo jendaurrean zabalik dauden eraikin zein lokaleko gelatzat hartzen dira euren patioak eta garajeak, bai eta gainerako atal edo lekuak ere, hesituak badira, eraikinaren ondoan eta barrutik lotuta badaude eta eraikinarekin batera batasun fisikoa osatzen badute.*

#### **Pertsonen aurkako indarkeriaz edo larderiez egindako lapurreta. 242. artikulua**

Zigor Kodeko **242. artikuluan** aurki daitezke pertsonen aurkako indarkeriaz edo larderiez egindako lapurretaren errudunari ezarri dakizkiokeen zigorrak, pertsonen aurkako indarkeriaz edo larderiez egindako lapurreta bezala ulertuz *delitugileak aldean daramatzan armak edo arrisku bereko bitartekoak erabiltzen baditu, bai delitu egitean bai bere ihesa babesteko ere, eta errudunak biktima laguntzeko hurbiltzen direnei edota bere atzetik doazenei eraso egiten dienean.*

#### **Ibilgailua erabiltzeko lapurreta eta ebasketa 244. artikulua**

Zigor Kodeko **244. artikuluan** aurkituko dugu honela definituta: *norbaitek beste baten ibilgailu motorduna edo motor-bizikleta, 400 euro baino gehiago balio duena, osten badu, jabetzeko asmorik gabe.*

## **Ondarearen kontrako beste arau-hauste batzuk 243. eta 245.-247. artikulua**

### **Estortsioa**

**243. artikuluan** definituta dago: *Norbaitek, irabaziak lortzeko asmoz eta indarkeria edo larderia erabiliz, beste bat egintza edo negozio juridikoa egitera edo ez egitera behartzen badu, beraren edo beste inoren ondarearen kalterako, orduan, pertsona horri urtebetetik bost arteko espetxealdizigorra ezarriko zaio; horrek ez dio kalterik egingo bestelako zigorrak ezarri ahal izateari, baldin eta zigor horiek badagozkie hark indarkeria fisikoa erabiliz gauzatzen dituen egintzei.*

### **Usurpazioa**

**245., 246. eta 247. artikuluek** usurpazioa egotziko die honakoa egiten dutenei:

- *Pertsonen aurkako indarkeria edo larderia erabiliz, beste baten gauza higiezinak okupatzen edo ondasun higiezinak gainera beste baten eskubide erreala usurpatzen duenari.*
  
- *Norbaitek, behar bezalako baimenik gabe, bizilekua ez den eta beste batena den ondasun higiezinak, etxebizitza edo eraikina okupatzen badu, edota euren titularraren borondatearen aurka horietan irauten badu.*
  
- *Norbaitek herri edo landen mugarteak nahiz mugak aldatzen baditu, edota elkarren ondoko jabetza edo lur-sail publiko nahiz pribatuen mugak edo mugapeak zedarrizteko seinaleak edo mugarriak aldatzen baditu, horiek edozein motakoak direla ere.*

- *Norbaitek, baimenik gabe, bere buruaren edo beste inoren onurarako, erabilera publikoko nahiz pribatuko uren ibilbidea aldatzen badu.*

Ikerketa honetan ez ditugu “iruzur egiteak” atalean azaltzen diren delituak bildu, ez baitira izaera bortitzeko delituak bezala ulertzen.

### **2.3.7 Segurtasun kolektiboaren aurkako delituak**

#### **Segurtasun kolektiboaren aurkako beste delituak**

Ikerlan honetan ez ditugu hondamen-arriskuko delituak, kalte handiak bezala ezagututako delituak ez eta sute delituak jaso, ez baititugu eskuragai hauei dagozkien datuak.

#### **Herri-osasunaren aurkako delituak. 359.-378. artikulua**

Zigor Kodearen atal zabala izanik, jarraian ikerlan hau hobeto ulertzeko ezinbestekoak diren artikuluen eta jazoeren bilduma jaso dugu. Zentzu honetan, ikerlan honen barne egituraren koherentzia mantentze aldera, Muskiz zein Sestaoko Ertzainetxeek emandako datuen egitura eta ordena errespetatzen saiatu gara.

#### **Droga trafikoa 359. artikulua**

**359. artikulua** sustantzien trafikoa egon diren kasuak zehazten ditu: *norbaitek, behar bezalako baimenik izan gabe, osasunerako gai kaltegarriak edo kalte handiak sor ditzaketen ekoizkin kimikoak egiten edo saltzen baditu, horiez hornitzen badu, edo horiekin merkataritzan aritzen bada.*

**360. artikulua**k ildo beretik jarraitzen du: *norbaitek, aurreko artikuluan aipatzen diren gai edo ekoizkinak trafikagai hartzeko baimena duela, horiek saltzen baditu edo horiez hornitzen badu kasuan kasuko lege eta erregelamenduetan ezarritako formalitateak bete barik.*

**361. artikulua**k zehazten du: *norbaitzuek, pertsonen bizitza edo osasuna arriskuan jarritz, narriatu edo iraungitako sendagaiak eman edo saltzen badituzte, edo horien osaera, egonkortasun nahiz eragingarritasunari buruzko eskakizun teknikoak betetzen ez dituztenak eman edo saltzen badituzte, edota batzuen ordez beste batzuk ipintzen badituzte.*

**368. artikulua**k legez kanpoko droga trafikoa aipatzen du beren beregi: *Norbaitzuek droga toxiko, sorgorgarri edo gai psikotropikoak landu, egin edo trafikagai hartzen badituzte, edo beste modu batera horien legez aurkako kontsumoa sustatu, faboratu edo errazten badute, edo aurreko helburuak lortzeko eurok edukitzen badituzte. Aurreko artikuluan azaldutako zigor gradu altuenak ezarriko dira (369. artikuluan zehaztutakoak) hauetako egoeraren bat jazotzen bada:*

- *Droga toxiko, sorgorgarri edo gai psikotropikoak hemezortzi urte baino gutxiagokoei nahiz adimen-urrituei ematen zaizkienean edo irakastegietan, militarren zentro, establezimendu zein unitateetan, espetxeetan edo laguntza zentroetan sartzen edo hedatzen direnean.*
- *Egitateak arduradun edo enplegatuek gauzatzen dituztenean jendaurrean zabalik dauden establezimenduetan.*
- *Aurreko artikulua aipatu dituen jokabideen barnean droga toxiko, sorgorgarri edo gai psikotropikoen kopurua garrantzi handikoa denean.*
- *Aipatutako gai edo ekoizkinak ematen bazaizkie mendekotasuna gainditu edo bizkortzeko sendabidean dauden pertsoneri.*
- *Aipatutako gai edo ekoizkinak andeatu, manipulatu edo elkarrekin nahiz beste batzuekin nahasten direnean, osasunaren aurka gerta daitekeen kaltea handituz.*

- *Erruduna antolakunde edo elkarte baten bazkidea denean, erakunde edo elkarte hori iragankorra bada ere, eta gai edo ekoizkin horiek noizean behin hedatzeko helburua badu ere.*
- *Errudunak parte hartzen duenean bestelako delitu-jarduera antolatuetan, edo delitu egitearen bidez errazago gauzatzen diren delitu-jardueretan.*
- *Erruduna agintari, aditu, funtzionario publiko, lan-harremanetako langile, irakasle edo hezitzailea denean, bere lanbide, ogibide edo karguaz abusatuz jarduten badu.*
- *Delitu hauek egiteko, hamasei urte baino gutxiago dutenak erabiltzen direnean.*

### **Trafiko-segurtasunaren aurkako delituak. 379.-384. artikulua**

**379 artikuluan** honakoa zehazten da: *norbaitek ibilgailu motorduna edo motor-bizikleta legez baimendutako abiadura maximoa baino altuagoan gidatzen badu, hots, hiri barnean hirurogei kilometroan gainditzen badu abiadura maximoa eta hiri artean laurogei kilometroan gainditzen badu abiadura maximoa.*

*Horrez gain, norbaitek ibilgailu motorduna edo motor-bizikleta droga toxiko, sorgogarri, gai psikotropiko edo edari alkoholduen eraginpean gidatzen badu. Edozein kasutan, zigor horiek ezarriko zaizkio, alkoholemia frogan arnasa bota eta horren aire litroko 0,60 miligramo baino gehiagoko alkohol-tasarekin edo odolean litroko 1,2 gramo baino gehiagoko alkohol-tasarekin gidatzen duenari.*

Jarraian, **380. artikuluko** zehaztapenak erakusten dira: *norbaitek ibilgailu motorduna edo motor-bizikleta ausarkeria nabariaz gidatu eta pertsonen bizitza edo osotasuna arrisku zehatzean jartzen badu espexete zigorraz zigortua izango da...*

*Manu honen ondoreetarako ausarkeria nabariz gidatu izana ulertuko da, baldin eta, lehenengo lerrokadan ezarritako inguruabarrak eta aurreko artikuluko bigarren lerrokadako bigarren puntuko inguruabarrak pilatzen badira.*

**381. artikulua** aurreko artikulua honako era honetan zabaltzen du: *gainerakoen bizitza modu agerikoan mespretxatzen dueña zein aurreko atalean deskribatutako jokamoldea azaltzen duena, zigortua izango da... Pertsonen bizitza edo osotasuna arrisku zehatzean jartzen ez denean...*

Ezarritako zigorrak **382. artikulua**ren arabera moldatuko dira:

*379, 381 eta 382. artikuluetako egintzengatik aurretik ohartemandako arriskuaz gain emaitza kaltegarria eragiten denean, emaitzaren larritasuna edozein izanda ere...*

Azkenik, atal honetako azken hiru artikulua azaltzen dira:

### **383. artikulua:**

*Gidariak ukatzen badu legez ezarritako probak egitea, betiere aurreko artikuluan azaldutako egitateak egiaztatzeko helburua dutenean eta agintaritzaren agenteak horiek egiteko eskatzen dionean...*

### **384. artikulua:**

*Norbaitek, ibilgailu motorduna edo motor-bizikleta gidatzen badu, legez emandako puntuak galtzearen ondorioz indarrean ez dagoen gidabaimena edo lizentziarekin.*

*Zigor berbera ezarriko zaio, gidabaimenik edo lizentziarik ez duenari, hori, kautela gisa zein behin-betiko haien galdu baditu, epailearen erabakiaren ondorioz; gauza bera, gidabaimena edo lizentzia inoiz lortu gabe, ibilgailu motorduna edo moto-bizikleta gidatzen duenari.*

### **385. artikulua:**

*Zigortua izango da zirkulaziorako arrisku larria sorrarazten duena, bide hauetako bat erabiltzen badu:*

- 1. Bidean ustekabeko oztopoak jarriz, gai labaingarri zein sukoiak isuriz, edo seinalizazioa aldatu, ostu edo deuseztatuz edo beste edozein bide erabiliz.*
- 2. Bidearen segurtasuna berrezartzeko betebeharra egonik, hori betetzen ez badu.*

## **2.3.8 Ordena publikoaren aurkako delituak**

### **Albaramendua. 544.-549. artikulua**

*Albaramendupeko erruztatuak dira, asaldatze-delitutik kanpo daudelarik, agerian eta modu nahasian altxatzen direnak, indarrez edo legezko bideetatik kanpo, legeen aplikazioa eragozteko, edozein agintari, korporazio ofizial edo funtzionario publikori beraren funtzioan bidezko eran jarduten edo beraren erabakiak betetzen eragozteko, edo Administrazioak edo epaileek emandako ebazpenak betetzen eragozteko.*

**545. artikulua**, halaber, zehazten du zigortuak ere izango direla: *albaramendua induzitu, berari eutsi edo bera gidatzen dutenak edo albaramenduan egile nagusi gisa ageri direnak.*

### **Agintaritzaren aurkako atentatuak, agintaritzaren agenteen eta funtzionario publikoen aurkako atentatuak, eta jarkitzea eta desobeditzea. 550-556 artikulua**

**550. artikuluan** deskribatzen da delitua: *atentatupeko erruztatuak dira agintariari, agintaritzaren agenteei edo funtzionario publikoei, euren karguetako funtzioetan ari direnean edo eginkizun horiek direla-eta*

*jazartzen zaizkienak, horien aurka indarra erabiltzen dutenak, horiek modu larrian larderiartzen dituztenak edo horiei modu aktibo eta larrian jarkitzen zaizkienak.*

Zigorrak aldatu egingo dira atentatua **551. artikulua** zehaztutako kasuetan:

- *Arma edo bestelako eskuarte arriskutsuak erabiliz egiten bada eraso.*
- *Burututako bortizkeria ekintzak pertsonen bizitzarako arriskutsua direnean edo lesio larriak sor ditzaketenean. Bereziki, objektu sendoen zein likido sukoiaren jaurtiketa, suteak eta lehergaien erabilera azaltzen denetan.*
- *Agintariei edo agintaritzaren agenteei motordun ibilgailu baten bidez jarkitzen bazaizkie.*
- *Ekintzak presondegian baten barneko matxinadagatik, planteagatik edo espetxe barneko gertakari kolektiboagatik jazo direnean.*

**553. artikuluan** zehazten da zigortua izango dela, halaber, *aurreko artikuluetan ezarritako delituetatik edozein egiteko zirikatzeari, konspiratzeari eta proposatzeari zigortuko dira...*

Azkenik, **556. artikuluan** zehazten da zigortuak izango direla *norbaitez, 550. artikuluko kasuetatik kanpo daudelarik, euren funtzioetan ari diren agintariei edo agintaritzaren agenteei jarkitzen bazaizkie edo horiei modu larrian desobeditzen badiete, edo behar bezala identifikatuta Segurtasun Indar eta Taldeekin elkarlanean ari diren segurtasun pribatuko pertsonalari... Bere jardunean dagoen autoritateari errespetu falta erakusten diotenak.*



## **Desordena publikoak. 557. artikulua**

**557. artikulua** desordena publikoak delitua definitzen du: *taldeka edo banaka jardunez eta herri-bakearen aurka atentatua egiteko asmoz, ordena publikoa eraldatzen dutenei, pertsoneri lesioak eraginez, jabetzetan kalteak sortuz, herri-bideak edo horietarako sarbideak oztopatuz, betiere horietatik dabilzanentzat arriskua sortarazten denean, edo instalazioetan edo eraikinetan indarrez sartuz.*

Zigorrak aldatuko dira honako egoeraren bat gertatzen denean:

- *Delituan parte hartu duenetako batek edo batzuk arma edo instrumentu arriskutsu bat daramanean, edo gezurretakoa den su-arma erakusten duenean.*
- *Burututako bortizkeria ekintzak pertsonen bizitzarako arriskutsua direnean edo lesio larriak sor ditzaketenean. Bereziki, objektu sendoen zein likido sukoiari jaurtiketa, suteak eta lehergaien erabilera azaltzen denetan.*
- *Ekintzak manifestazio edo pertsona ugariko bileran burutuko direnean.*
- *Harrapakeria-ekintzak burutuko direnean.*
- *Ekintzaren egilea bere autoritate baldintzaz, honen agente izateaz edo funtzionario publiko izateaz baliatuko denean.*
- *Aurpegia estalita burutuko direnean, era horretan egileen identifikazioa zailduz.*

**558. artikuluan** honako egoera hauetan parte hartzen dutenei dagozkien zigorrak zehazten dira: *ordenaren nahasmendu larria eragiten dutenei auzitegi edo epaitegi baten entzunaldian, edozein agintaritzari edo korporaziori dagozkion egintza publikoetan, hauteslekuan, bulego edo establezimendu publikoan, irakastegian edo kirol- nahiz kultura-ikuskizunak direla eta.*

**559. artikulua** arabera, delitutzat ere hartuko da *banaketa edo hedapen publikoa, edozein bitartekoren bidez, direla Kode Penaleko 557 bis artikulua aipatzen*

*dituen ordena publikoa nahasten duten mezuak edo kontsignak, edo barauk aurrera eramateko erabakia indartzen dutenak...*

**560. artikulua**, bere aldetik, honakoa egiten dutenei ezarriko zaizkien zigorrak zehazten ditu: *norbaitzuek kalteak eragiten badituzte eta kalte horiek telekomunikazioko lineak edo instalazioak nahiz posta geldiarazi, oztopatu edo suntsitzen badituzte.*

### **Arma, munizio edo lehergailuen edukitze, trafiko eta gordailuan jartzeagatik delituak. 563-570 artikulua**

**563. artikulua** definitzen da delitu hau: *debehatutako armak edukitzea bai eta araututako armak edukitzea arma horien fabrikazio- ezaugarriek funtsezko aldarazpena jaso badute.*

**564. artikulua** da honako kasuetako zigorrak azaltzen dituen:

- *Beharrezko lizentzia edo baimena izan gabe, araututako su-armak edukitzea.*
- *Armek fabrikazio-markarik edo zenbakirik ez edukitzea, edo marka nahiz zenbaki horiek aldatuta edo ezabatuta egotea.*
- *Armak nazio-lurraldean legearen aurka sartutakoak izatea.*
- *Armak itxuraldatuta egotea, armen jatorrizko ezaugarriak aldatuz.*

Gure arreta merezi duen hurrengoa **564. artikulua** da, non honakoa azaltzen den: *norbaitzuek agintaritza eskudunak edo legeek baimentzen ez dituzten arma edo munizioak egitea, merkaturatu edo gordailuan jartzea delitu kontsideratuko da.* Gerrarako arma nahiz munizioaz ari da, bai eta arma kimikoez, biologikoez, nuklearrez, erradiologikoez, antipertsonak meategiez eta araututako su-armez zein bere munizioez.

**567. artikulua**k gerra armak zer kontsideratzen direnei bai eta hauen gordailuari, fabrikazioari eta salmentari erreparatzen die.

Azkenik, **568. artikulua**ren arabera, delitu izango dira *gai edo aparatu lehergarri, sukoi, su-eragile edo itogarriak edota beraien osagaiak legeek edo agintaritza eskudunak baimentzen ez dutenean edukitzea edo gordailuan jartzea, fabrikatzea, trafikagai hartzea, garraiatzea nahiz edonola hornitzea.*

Azkenik, beharrezkoa deritzot ikerlan honetan antolakunde edo talde kriminalei zein antolakunde edo talde terroristen kide izatea zigortzen dituzten artikulua zehaztu ez ditugula aipatzea. Izan ere, gure laginean ez baitago horrelako deliturik eta ikerlan honetan ikertutako delituekin konparatuz gero, izaera ezberdina baitute.

## **3. atala. DELITU BORTITZAK,**

### **DATUETAN**

#### **3.1 2009-2016 aldian ikerketako eremu geografikoan egindako arau-hauste penalak**

Atal honen helburua Ertzaintzak jasotako arau-hauste penalen ezaugarriak zein eraginak islatu zein aztertzea da, Gurutzetako (CRUPEP-etako) Unibertsitate-Ospitaleko Lehen Pasarte Psikitikoko (PEP) **Unitatearen** ardurapekoa den zonalde demografikoan burututakoak, alegia. Hartarako **Ikerketako eta Analisisietako** Segurtasun-Koordinaziorako Zuzendaritza arloaren (Segurtasun saila) lankidetzak baliotsua izan dugu, zeinak aurrez eginiko idatzizko eskaera formala tarteko, 2009 -2016 aldian Muskiz eta Sestaoko Ertzaintxeetan bildutako arau-hauste penalen zerrendak helarazi dizkigun. Puntu honetan argitzea beharrezkoa da atal honetan zein hurrengoetan jasotako datuek ez dutela epaileek dagoeneko ebatzitako arau-hauste izaerarik, aitzitik, Ertzaintzak bere eguneroko lanean jasotako arau-hauste izaera dute.

Jarraian, datu horiek islatuko ditugu, arau-hauste mota zein burututako urtea ardatz hartuta.

##### **3.1.1 Ertzaintzak Muskizeko ertzaintxearen eremuan ezagututako arau-hauste penalak**

Muskizeko Ertzaintxeak Abanto-Zierbena, Muskiz, Ortuella, Portugalete, Santurtzi eta Zierbenako udalerrietan burututako arau-hauste penalak jasotzen ditu.

Jarraian aurkezten diren datu-tauletan beharrezkoa da oso “Etxebizitzako gauzetan indarrez egindako lapurretak” bezala ezagutzen den lapurreta mota bi azpitaldetan banatzen dela aipatzea: alde batetik, etxebizitza barruko gauzetan indarrez egindako lapurretak eta bestetik “beste sail batzutan indarrez egindako lapurretak” bezala ezagutzen direnak, zeinak garajeetan, trasteleketan, bebarruetan eta patioetan eginiko lapurretak hartzen dituen, besteak beste. Halaber, azpimarratu beharrezkoa da, urteetan zehar era longitudinalean datuak balioesteko eta konparatzeko garaian, kontuan izan behar dela, 2015eko uztailearen 1ean indarrean jarritako Zigor Kodearen erreformak,

faltak desagerrarazi dituela. Hortaz, hemen ageri diren datuak arau-hauste penalen gaur eguneko sailkapen berriari jarraiki aurkeztu ditugu. Horrek, orain arte falta kontsideratu izan diren gehienak delitu kontsideratzera eraman ditu, falta horien gutxiengo bat arau-hauste izaeratik at geratu badira ere.

### 1. Taula. Ertzaintzak Muskizeko ertzainetxearen eremuan ezagututako arau-hauste penalak 2009-2016 urteetan

ARAU-HAUSTE MOTA	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
<b>GIZA HILKETA ETA HAREN MOTAK</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>-</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>3</b>
Intentziozko giza hilketa (doluz) /erailketa amaitua	1	1	3	-	-	-	1	-
Giza hilketa/erailketa saiakera	1	-	1	-	2	4	3	3
Giza hilketaren beste arau-hauste batzuk	-	-	1	-	-	-	1	-
<b>LESIOAK</b>	<b>340</b>	<b>267</b>	<b>272</b>	<b>280</b>	<b>263</b>	<b>207</b>	<b>255</b>	<b>226</b>
Familiaren baitan tratatu txarrak	43	27	27	20	29	14	23	20
Lesioak	279	228	231	239	220	182	219	181
Beste arau-hauste edo lesioak	18	12	14	21	14	11	13	25
<b>TORTURA ETA OSOTASUNAREN AURKA</b>	<b>178</b>	<b>177</b>	<b>182</b>	<b>201</b>	<b>230</b>	<b>225</b>	<b>230</b>	<b>230</b>
Familiaren baitan ohiko tratatu txarrak	172	172	176	191	223	220	215	221
Tortura eta osotasunaren aurkako beste arau-hauste batzuk	6	5	6	10	7	5	15	9
<b>ASKATASUN SEXUALAREN AURKA</b>	<b>21</b>	<b>16</b>	<b>21</b>	<b>14</b>	<b>15</b>	<b>11</b>	<b>19</b>	<b>19</b>
Sexu-erasoak	12	8	11	4	6	5	8	7
Askatasun sexualaren aurkako beste arau-hauste batzuk	9	8	10	10	9	6	11	12
<b>ONDAREAREN ETA ORDENA SOZIOEKONOMIKOAREN AURKA</b>	<b>3.074</b>	<b>2.756</b>	<b>2.928</b>	<b>3.194</b>	<b>3.405</b>	<b>3.072</b>	<b>2.737</b>	<b>2.696</b>
Ebasketak	1292	1311	1379	1442	1547	1390	1343	1258
Indarrez egindako lapurretak	972	687	610	667	903	955	742	731
Etxebizitzako gauzetan indarrez egindako lapurretak	180	193	228	236	379	336	196	134
Etxebizitza barruko gauzetan indarrez egindako lapurretak	82	77	122	151	238	236	97	94
Beste sail batzutan indarrez egindako lapurretak	98	116	106	85	141	100	99	40
Beste leku batzuetan indarrez egindako lapurretak	792	494	382	431	524	619	546	597
Indarkeriaz egindako lapurreta eta larderia	103	90	98	153	92	68	73	81
Kalteak	444	452	470	507	421	418	355	372
Motordun ibilgailuak kentzea	75	61	40	57	34	27	38	83
Iruzurra	145	114	282	298	344	160	113	125
Ondarearen aurkako beste arau-hauste batzuk	43	41	49	70	64	54	73	46
<b>SEGURTASUN KOLEKTIBOAREN AURKA</b>	<b>154</b>	<b>127</b>	<b>176</b>	<b>141</b>	<b>119</b>	<b>100</b>	<b>108</b>	<b>89</b>

Osasun publikoa: droga-trafikoa	9	6	16	9	19	19	13	1
Alkoholaren, drogen... eraginpean gidatzea	82	64	76	66	57	34	39	52
Segurtasun publikoaren aurkako beste arau-hauste batzuk	63	57	84	66	43	47	56	36
<b>ORDENA PUBLIKOAREN AURKA</b>	<b>87</b>	<b>96</b>	<b>63</b>	<b>64</b>	<b>52</b>	<b>50</b>	<b>31</b>	<b>27</b>
Ondasun materialen aurkako terrorismoa	-	-	-	-	-	-	-	-
Pertsonen aurkako terrorismoa	-	-	-	-	-	-	-	-
Beste ekintza terrorista batzuk	32	40	22	8	4	1	-	-
Ordena publikoaren aurkako beste arau-hauste batzuk	55	56	41	56	48	49	31	27
<b>BESTE ARAU-HAUSTE PENAL BATZUK</b>	<b>712</b>	<b>708</b>	<b>680</b>	<b>695</b>	<b>731</b>	<b>607</b>	<b>522</b>	<b>373</b>
<b>GUZTIRA</b>	<b>4.568</b>	<b>4.148</b>	<b>4.327</b>	<b>4.589</b>	<b>4.817</b>	<b>4.276</b>	<b>3.907</b>	<b>3.663</b>

*Iturria: Segurtasuna Koordinatzeko Zuzendaritzaren Ikerketa eta Analisisien Atala (Segurtasun Saila)*

Muskizko ertzainetxearen ardurapeko eremuan bildutako datuei dagokienez, argi asko ikus daiteke ikerlan honek aztertzen dituen urteen baitan, Ertzaintzak ezagutu izan dituen arau-hauste penal ohikoenak “ondarearen eta ordena sozioekonomikoaren aurkakoak” (batez ere ebasketak) izan zirela, “beste arau-hauste penal batzuk” atalean jasotakoek jarraituta, ondoren “lesioak”, “segurtasun kolektiboaren kontrako arau-haustek”, “tortura eta osotasunaren aurkakoak”, “ordena publikoaren aurkakoak”, “askatasunaren sexualaren aurkakoak”, eta azkenik, “giza-hilketak eta haien motak” izan zirelarik.

Gainerakoekin alderatuz, ondarearen aurkako arau-haustek ohikoenak izan arren desberdintasun nabarmenarekin, ikertutako urteetan zehar (2009-2016) beheranzko joera arina suma daiteke, 2013ko maiztasun puntu gorenaren ostean. Ez da aipaturiko joera aurkezten duen arau-hauste mota bakarra, izan ere, “segurtasun kolektiboaren kontrako arau-haustek” bai eta “ordena publikoaren aurkakoak”, “lesioak” eta “beste arau-hauste penal batzuk” taldearen barruan sartzen direnek ere beheranzko joera arina pairatu baitute azken urteetan.

Halere, askatasunaren sexualaren aurkako arau-haustek zein giza-hilketek haien maiztasuna era egonkor batean mantentzen dute (erabat anekdoptikoa azken kasu honetan), goranzko joera duen arau-hauste bakarra “tortura eta osotasunaren aurkakoak” delarik. Azken honek, kasurik gehienetan, familiaren baitan gertatzen diren tratu txarrak biltzen ditu.

### 3.1.1.1 Abanto-Zierbena udalerrria

Estatuko Estadistika Institutuak (INE) jasotako informazioaren arabera, **Abanto-Zierbena** 9.577 biztanle dituen udalerrria da (2016), hauetatik 790 (% 8,25) langabezia daudelatik (2016). Goi-ikasketak dituzten udalerrri honetako bizilagunei dagokienez, 956 pertsona dira hauek dituztenak, 2015eko datuen arabera bizilagun guztien %9,98. Azkenik, 18 urte baino gehiago dituztenen errenta pertsonala 14.313 eurokoa da (2014) (EUSTAT, 2014).

## 2. Taula. Ertzaintzak Abanto-Zierbena udalerrrian ezagututako arau-hauste penalak 2009-2016 urteetan

ARAU-HAUSTE MOTA	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
<b>GIZA HILKETA ETA HAREN MOTAK</b>	-	-	-	-	-	-	-	-
Intentziozko giza hilketa (doluz) /erailketa amaitua	-	-	-	-	-	-	-	-
Giza hilketa/erailketa saiakera	-	-	-	-	-	-	-	-
Giza hilketaren beste arau-hauste batzuk	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>LESIOAK</b>	<b>31</b>	<b>21</b>	<b>34</b>	<b>34</b>	<b>27</b>	<b>29</b>	<b>36</b>	<b>26</b>
Familiaren baitan tratatu txarrak	3	2	1	4	3	1	5	3
Lesioak	26	18	29	25	23	25	29	20
Beste arau-hauste edo lesioak	2	1	4	5	1	3	2	3
<b>TORTURA ETA OSOTASUNAREN AURKA</b>	<b>24</b>	<b>14</b>	<b>16</b>	<b>19</b>	<b>26</b>	<b>15</b>	<b>24</b>	<b>18</b>
Familiaren baitan ohiko tratatu txarrak	23	12	15	19	25	15	24	18
Tortura eta osotasunaren aurkako beste arau-hauste batzuk	1	2	1	-	1	-	-	-
<b>ASKATASUN SEXUALAREN AURKA</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
Sexu-erasoak	3	1	-	-	1	-	1	-
Askatasun sexualaren aurkako beste arau-hauste batzuk	-	-	1	1	3	1	-	2
<b>ONDAREAREN ETA ORDENA SOZIOEKONOMIKOAREN AURKA</b>	<b>313</b>	<b>258</b>	<b>328</b>	<b>306</b>	<b>337</b>	<b>299</b>	<b>258</b>	<b>259</b>
Ebasketak	78	83	87	92	123	92	90	69
Indarrez egindako lapurretak	100	85	85	69	112	119	102	111
Etxebizitzako gauzetan indarrez egindako lapurretak	17	16	7	20	35	31	35	10
Etxebizitza barruko gauzetan indarrez egindako lapurretak	9	7	4	11	21	16	12	5
Beste sail batzutan indarrez egindako lapurretak	8	9	3	9	14	15	23	5
Beste leku batzuetan indarrez egindako lapurretak	83	69	78	49	77	88	67	101
Indarkeriaz egindako lapurreta eta larderia	6	6	7	7	11	2	3	2

Kalteak	48	48	60	54	42	41	30	46
Motordun ibilgailuak kentzea	9	11	5	12	4	9	8	18
Iruzurra	63	20	78	62	40	27	18	8
Ondarearen aurkako beste arau-hauste batzuk	9	5	6	10	5	9	7	5
<b>SEGURTASUN KOLEKTIBOAREN AURKA</b>	<b>15</b>	<b>20</b>	<b>31</b>	<b>21</b>	<b>20</b>	<b>14</b>	<b>22</b>	<b>13</b>
Osasun publikoa: droga-trafikoa	-	-	-	1	-	1	1	-
Alkoholaren, drogen... eraginpean gidatzea	12	8	17	16	12	3	12	7
Segurtasun publikoaren aurkako beste arau-hauste batzuk	3	12	14	4	8	10	9	6
<b>ORDENA PUBLIKOAREN AURKA</b>	<b>9</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>3</b>
Ondasun materialen aurkako terrorismoa	-	-	-	-	-	-	-	-
Pertsonen aurkako terrorismoa	-	-	-	-	-	-	-	-
Beste ekintza terrorista batzuk	1	1	-	1	-	-	-	-
Ordena publikoaren aurkako beste arau-hauste batzuk	8	3	2	5	3	2	3	3
<b>BESTE ARAU-HAUSTE PENAL BATZUK</b>	<b>69</b>	<b>83</b>	<b>73</b>	<b>75</b>	<b>81</b>	<b>79</b>	<b>65</b>	<b>40</b>
<b>GUZTIRA</b>	<b>464</b>	<b>401</b>	<b>485</b>	<b>462</b>	<b>498</b>	<b>439</b>	<b>409</b>	<b>361</b>

*Iturria: Segurtasuna Koordinatzeko Zuzendaritzaren Ikerketa eta Analisisien Atala (Segurtasun Saila)*

Abanto-Zierbena udalerrian, 2009-2016 aldian gertaturiko arau-hauste penalik ohikoenak “ondarearen eta ordena sozioekonomikoaren aurka” burututakoak izan dira. Hauen barnean, indarrez egindako lapurretak (batez ere etxebizitza ez diren lekuetan) izan dira ugariak, ebasketak izan direlarik bigarren postuan gertatu direnak.

Bigarren tokian, “beste arau-hauste penal batzuk” izenekoak agertzen dira, hirugarren postuan “lesioak” bezala ezagutzen direnak agertuz. Laugarrenik, “tortura eta osotasunaren aurka” egindako arau-hausteak ageri dira, hauen gehiengo zabala familiaren baitan ohiko tratu txarrak direlarik. Honen ostean, “segurtasun kolektiboaren aurka” burututako arau-hausteak kokatzen dira, hauen barnean alkoholaren eta drogen eraginpean gidatzeak leku azpimarragarria daukalarik. Maiztasunaren arabera, azken arau-hausteak “ordena publikoaren” eta “giza-hilketa eta haren motak” dira, udalerrri honetan azken mota honi dagokion arau-hausterik jazo ez delarik.

Datu hauen lehen irakurketa batek, maiztasun handieneko arau-hausteak zein “ordena publikoaren aurka” burututako arau-hausteak daukaten beheranzko joera xumea antzematera garamatza, nahiko egonkorak izanik “lesioak”, “tortura eta osotasunaren aurka” eta “segurtasun kolektiboaren aurka” burututako arau-hausteen joera. Azken kasu honetan, azpimarragarria da maiztasuna handieneko kasua 2011 urtean gertatu zela, aurreko urteetako kopuruak bikoiztera ere heldu zelarik. Bestalde, ikertutako



urteetan udalerrri honetan muturreko bortizkeriaz eginiko “giza hilketarik” egon ez izana deigarria da.

### 3.1.1.2 Muskiz udalerrria

**Muskiz** udalerrriak 7.582 biztanle ditu (INE, 2016), haietatik 735ek (%10,13) goi-ikasketak dituztelarik (EUSTAT, 2015) eta 547 (%7,34) langabezia egoeran daudelarik (2016). Azkenik, 18 urte baino gehiago dituztenen errenta pertsonala 14.782 eurokoa da (2014) (EUSTAT, 2014).

### 3. Taula. Ertzaintzak Muskiz udalerrrian ezagututako arau-hauste penalak 2009-2016 urteetan

ARAU-HAUSTE MOTA	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
<b>GIZA HILKETA ETA HAREN MOTAK</b>	-	-	1	-	1	-	-	-
Intentzozko giza hilketa (doluz) /erailketa amaitua	-	-	-	-	-	-	-	-
Giza hilketa/erailketa saiakera	-	-	-	-	1	-	-	-
Giza hilketaren beste arau-hauste batzuk	-	-	1	-	-	-	-	-
<b>LESIOAK</b>	<b>30</b>	<b>36</b>	<b>11</b>	<b>22</b>	<b>29</b>	<b>18</b>	<b>18</b>	<b>20</b>
Familiaren baitan tratu txarrak	1	3	1	1	1	2	1	-
Lesioak	28	29	8	20	25	14	15	17
Beste arau-hauste edo lesioak	1	4	2	1	3	2	2	3
<b>TORTURA ETA OSOTASUNAREN AURKA</b>	<b>7</b>	<b>12</b>	<b>21</b>	<b>18</b>	<b>22</b>	<b>26</b>	<b>10</b>	<b>9</b>
Familiaren baitan ohiko tratu txarrak	7	12	20	18	22	26	10	9
Tortura eta osotasunaren aurkako beste arau-hauste batzuk	-	-	1	-	-	-	-	-
<b>ASKATASUN SEXUALAREN AURKA</b>	<b>-</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>-</b>	<b>1</b>
Sexu-erasoak	-	1	-	-	-	-	-	1
Askatasun sexualaren aurkako beste arau-hauste batzuk	-	3	3	5	2	2	-	-
<b>ONDAREAREN ETA ORDENA SOZIOEKONOMIKOAREN AURKA</b>	<b>327</b>	<b>287</b>	<b>432</b>	<b>473</b>	<b>499</b>	<b>334</b>	<b>260</b>	<b>213</b>
Ebasketak	87	86	123	109	114	110	96	74
Indarrez egindako lapurretak	139	116	82	104	125	143	92	69
Etxebizitzako gauzetan indarrez egindako lapurretak	22	25	22	26	33	32	22	11
Etxebizitza barruko gauzetan indarrez egindako lapurretak	11	8	7	17	13	13	9	8
Beste sail batzutan indarrez egindako lapurretak	11	17	15	9	20	191	13	3

Beste leku batzuetan indarrez egindako lapurretak	117	91	60	78	92	111	70	58
Indarkeriaz egindako lapurreta eta larderia	4	3	4	6	3	1	-	3
Kalteak	88	67	87	89	71	69	53	52
Motordun ibilgailuak kentzea	2	7	6	11	2	3	7	3
Iruzurra	4	4	122	143	180	5	6	6
Ondarearen aurkako beste arau-hauste batzuk	3	4	8	11	4	3	6	6
<b>SEGURTASUN KOLEKTIBOAREN AURKA</b>	<b>40</b>	<b>34</b>	<b>34</b>	<b>25</b>	<b>25</b>	<b>18</b>	<b>20</b>	<b>10</b>
Osasun publikoa: droga-trafikoa	2	-	1	-	-	-	2	-
Alkoholaren, drogen... eraginpean gidatzea	25	22	23	11	16	12	11	9
Segurtasun publikoaren aurkako beste arau-hauste batzuk	13	12	10	14	9	6	7	1
<b>ORDENA PUBLIKOAREN AURKA</b>	<b>3</b>	<b>8</b>	<b>4</b>	<b>7</b>	<b>5</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>2</b>
Ondasun materialen aurkako terrorismoa	-	-	-	-	-	-	-	-
Pertsonen aurkako terrorismoa	-	-	-	-	-	-	-	-
Beste ekintza terrorista batzuk	-	-	2	-	-	-	-	-
Ordena publikoaren aurkako beste arau-hauste batzuk	3	8	2	7	5	7	8	22
<b>BESTE ARAU-HAUSTE PENAL BATZUK</b>	<b>96</b>	<b>83</b>	<b>132</b>	<b>121</b>	<b>115</b>	<b>60</b>	<b>31</b>	<b>31</b>
<b>GUZTIRA</b>	<b>503</b>	<b>464</b>	<b>638</b>	<b>671</b>	<b>698</b>	<b>465</b>	<b>347</b>	<b>287</b>

*Iturria: Segurtasuna Koordinatzeko Zuzendaritzaren Ikerketa eta Analisisien Atala (Segurtasun Saila)*

Muskiz udalerrian, 2009-2016 aldian gertaturiko arau-hauste penalik ohikoenak “ondarearen eta ordena sozioekonomikoaren aurka” burututakoak izan dira. Hauen ondoren, maiztasun handienetik txikienera, “beste arau-hauste penal batzuk”, “segurtasun kolektiboaren aurkako” arau-hausteak, “lesioak”, “tortura eta osotasunaren aurka” eginiko arau-hausteak, “ordena publikoaren aurkako” arau-hausteak eta “giza-hilketa eta haren formak” bezala ezagutzen direnak agertzen dira.

Datu hauen irakurketa azkar batek zera erakusten digu: ikerketak irauten duen urteetan lesioen maiztasuna egonkor mantentzen den arren, familiaren baitan ohiko tratu txarrak bai eta ondarearen eta ordena publikoaren aurkako arau-hausteek goranzko joera argia daukate lehen urteetan, azken bi urteetan barauen joera beheranzkoa izan delarik. “Segurtasun kolektiboren aurka” burututako arau-hausteei dagokienez, beheranzko joera nabarmena dakusagu urte hauetan, batez ere alkohola eta drogen eraginpean gidatzeari dagokienez.

Giza-hilketei dagokienez, lehenago aipatu dugun ildo beretik, hauek erabat ezohikoak dira, 8 urte hauetan soilik hiru kasu egon direlarik. Ertzaintzak jasoriko gainontzeko arau-hausteen maiztasunari erreparatuz gero, joera egonkorra daukatela ondoriozta dezakegu.

### 3.1.1.3 Ortuella udalerrria

**Ortuella** udalerrriak 8.370 biztanle ditu (INE, 2016), haietatik 694k (%8,3) goi-ikasketak dituztelarik (EUSTAT, 2015) eta 671 (%8,02) biztanle langabezia egoeran daudelarik (EUSTAT, 2016). Azkenik, 18 urte baino gehiago dituztenen errenta pertsonala 13.539 eurokoa da (2014) (EUSTAT, 2014).

#### 4. Taula. Ertzaintzak Ortuella udalerrrian ezagututako arau-hauste penalak 2009-2016 urteetan

ARAU-HAUSTE MOTA	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
<b>GIZA HILKETA ETA HAREN MOTAK</b>	-	-	-	-	-	-	-	-
Intentziozko giza hilketa (doluz)/erailketa amaitua	-	-	-	-	-	-	-	-
Giza hilketa/erailketa saiakera	-	-	-	-	-	-	-	-
Giza hilketaren beste arau-hauste batzuk	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>LESIOAK</b>	19	20	15	21	18	15	22	22
Familiaren baitan tratu txarrak	1	4	5	1	3	-	2	3
Lesioak	18	13	10	18	14	13	19	18
Beste arau-hauste edo lesioak	-	3	-	2	1	2	1	1
<b>TORTURA ETA OSOTASUNAREN AURKA</b>	14	19	21	13	27	18	19	26
Familiaren baitan ohiko tratu txarrak	14	16	19	13	26	18	17	26
Tortura eta osotasunaren aurkako beste arau-hauste batzuk	-	3	2	-	1	-	2	-
<b>ASKATASUN SEXUALAREN AURKA</b>	1	-	1	1	1	-	1	-
Sexu-erasoak	-	-	1	1	-	-	-	-
Askatasun sexualaren aurkako beste arau-hauste batzuk	1	-	-	-	1	-	1	-
<b>ONDAREAREN ETA ORDENA SOZIOEKONOMIKOAREN AURKA</b>	214	196	179	216	216	188	205	195
Ebasketak	44	58	67	64	59	49	52	37
Indarrez egindako lapurretak	103	73	58	70	91	83	80	86
Etxebizitzako gauzetan indarrez egindako lapurretak	8	10	11	14	17	15	12	5
Etxebizitza barruko gauzetan indarrez egindako lapurretak	8	6	3	10	11	7	4	3
Beste sail batzutan indarrez egindako lapurretak	-	4	8	4	6	8	8	2
Beste leku batzuetan indarrez egindako lapurretak	95	63	47	56	74	68	68	81
Indarkeriaz egindako lapurreta eta larderia	18	11	6	13	3	12	4	6
Kalteak	30	41	36	48	49	32	51	44

Motordun ibilgailuak kentzea	11	6	4	9	4	1	5	14
Iruzurra	5	3	6	8	4	7	5	2
Ondarearen aurkako beste arau-hauste batzuk	3	4	2	4	6	4	8	6
<b>SEGURTASUN KOLEKTIBOAREN AURKA</b>	34	22	19	17	19	8	7	25
Osasun publikoa: droga-trafikoa	-	1	1	1	-	1	-	-
Alkoholaren, drogen... eraginpean gidatzea	17	13	8	7	12	3	4	15
Segurtasun publikoaren aurkako beste arau-hauste batzuk	17	8	10	9	7	4	3	10
<b>ORDENA PUBLIKOAREN AURKA</b>	2	4	15	9	9	5	1	3
Ondasun materialen aurkako terrorismoa	-	-	-	-	-	-	-	-
Pertsonen aurkako terrorismoa	-	-	-	-	-	-	-	-
Beste ekintza terrorista batzuk	-	1	2	-	-	-	-	-
Ordena publikoaren aurkako beste arau-hauste batzuk	2	3	13	9	9	5	1	3
<b>BESTE ARAU-HAUSTE PENAL BATZUK</b>	37	48	59	51	64	48	61	35
<b>GUZTIRA</b>	321	309	309	328	354	282	316	306

*Iturria: Segurtasuna Koordinatzeko Zuzendaritzaren Ikerketa eta Analisisien Atala (Segurtasun Saila)*

Ortuella udalerrian, 2009-2016 urteen buruan Ertzaintzak izaniko esku-hartze ohikoenak “ondarearen eta ordena sozioekonomioaren aurkako” arau-hausteekin izan zuten zerikusia, batez ere indarrez eginiko lapurretekin (etxebizitza ez diren beste lekuetan jazotakoak gehienbat). Jarraian, “beste arau-hauste penal batzuk” agertzen dira bai eta “segurtasun kolektiboaren kontrako” arau-hausteak ere, azken hauen artean alkoholaren zein drogen eraginpean gidatzea eta segurtasun kolektiboaren aurkako beste arau-hauste batzuk direlarik ohikoenak, droga trafikoa oso txikia delarik. Tortura eta osotasunaren aurkako arau-hausteei hurbiletik jarraitzen ditu, hauen artean ohikoenak izanik familiaren baitan gertaturiko tratu txarrak. Halere, lesioek ez dute halako maiztasunik. “Ordena publikoaren aurkako” arau-hausteei dagokionez, oso maiztasun txikia dute. Azken aurreko tokian ageri dira “askatasun sexualaren aurkako” arau-hausteak, urtero asko jota kasu bakarra azaleratuz. Azkenik, aipagarria da “giza-hilketa” kasurik ez dela egon.

Arestian aipaturiko datuek joera egonkorra adierazten dute, gorabehera gutxirekin. Halere, familiaren baitan jazotako ohiko tratu txarren kasuan ageri den goranzko joera nabariak aparteko hausnarketa bat beharko luke.

### 3.1.1.4 Portugalete udalerria

**Portugaleteko** udalerriak 46.375 biztanle ditu (INE, 2016), haietatik 5.989k (%12,9) goi-ikasketak dituztelarik (EUSTAT, 2015). Adin nagusikoen errentari dagokionez (18 urtetik gorakoak), hau 14.598 eurokoa da (2014) (EUSTAT, 2014) eta langabezia dagoen biztanle kopurua 3.299 pertsonakoa (%7,1) (EUSTAT, 2016).

## 5. Taula. Ertzaintzak Portugalete udalerrian ezagututako arau-hauste penalak 2009-2016 urteetan

ARAU-HAUSTE MOTA	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
<b>GIZA HILKETA ETA HAREN MOTAK</b>	<b>1</b>	<b>-</b>	<b>4</b>	<b>-</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
Intentziozko giza hilketa (doluz) /erailketa amaitua	-	-	3	-	-	-	-	-
Giza hilketa/erailketa saiakera	1	-	1	-	1	2	2	2
Giza hilketaren beste arau-hauste batzuk	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>LESIOAK</b>	<b>132</b>	<b>87</b>	<b>115</b>	<b>106</b>	<b>100</b>	<b>63</b>	<b>78</b>	<b>76</b>
Familiaren baitan tratu txarrak	20	10	8	4	13	5	5	7
Lesioak	105	74	105	97	83	56	69	59
Beste arau-hauste edo lesioak	7	3	2	5	4	2	4	10
<b>TORTURA ETA OSOTASUNAREN AURKA</b>	<b>65</b>	<b>58</b>	<b>56</b>	<b>73</b>	<b>70</b>	<b>81</b>	<b>79</b>	<b>76</b>
Familiaren baitan ohiko tratu txarrak	63	58	54	68	68	79	73	73
Tortura eta osotasunaren aurkako beste arau-hauste batzuk	2	-	2	5	2	2	6	3
<b>ASKATASUN SEXUALAREN AURKA</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>11</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>14</b>	<b>8</b>
Sexu-erasoak	4	5	8	1	3	2	4	3
Askatasun sexualaren aurkako beste arau-hauste batzuk	4	3	3	3	2	1	10	5
<b>ONDAREAREN ETA ORDENA SOZIOEKONOMIKOAREN AURKA</b>	<b>1268</b>	<b>1191</b>	<b>1253</b>	<b>1313</b>	<b>1402</b>	<b>1311</b>	<b>1118</b>	<b>1110</b>
Ebasketak	734	745	821	800	850	732	693	647
Indarrez egindako lapurretak	291	187	166	216	294	330	216	217
Etxebizitzako gauzetan indarrez egindako lapurretak	54	63	95	91	167	151	56	49
Etxebizitza barruko gauzetan indarrez egindako lapurretak	25	31	44	76	124	118	33	39
Beste sail batzutan indarrez egindako lapurretak	29	32	51	15	43	33	23	10
Beste leku batzuetan indarrez egindako lapurretak	237	124	71	125	127	179	160	168
Indarkeriaz egindako lapurreta eta larderia	46	49	38	78	40	28	36	31
Kalteak	126	157	155	151	114	115	94	111
Motordun ibilgailuak kentzea	22	9	16	5	11	8	8	13
Iruzurra	32	35	46	47	70	79	49	77

Ondarearen aurkako beste arau-hauste batzuk	17	9	11	16	23	19	22	14
<b>SEGURTASUN KOLEKTIBOAREN AURKA</b>	<b>26</b>	<b>16</b>	<b>36</b>	<b>36</b>	<b>22</b>	<b>25</b>	<b>25</b>	<b>17</b>
Osasun publikoa: droga-trafiko	4	2	8	3	9	9	6	-
Alkoholaren, drogen... eraginpean gidatzea	8	6	10	16	9	6	6	11
Segurtasun publikoaren aurkako beste arau-hauste batzuk	14	8	18	17	4	10	13	6
<b>ORDENA PUBLIKOAREN AURKA</b>	<b>36</b>	<b>37</b>	<b>22</b>	<b>30</b>	<b>13</b>	<b>23</b>	<b>13</b>	<b>9</b>
Ondasun materialen aurkako terrorismoa	-	-	-	-	-	-	-	-
Pertsonen aurkako terrorismoa	-	-	-	-	-	-	-	-
Beste ekintza terrorista batzuk	14	15	9	4	1	-	-	-
Ordena publikoaren aurkako beste arau-hauste batzuk	22	22	13	26	12	23	13	9
<b>BESTE ARAU-HAUSTE PENAL BATZUK</b>	<b>235</b>	<b>225</b>	<b>206</b>	<b>236</b>	<b>229</b>	<b>194</b>	<b>200</b>	<b>97</b>
<b>GUZTIRA</b>	<b>1771</b>	<b>1622</b>	<b>1703</b>	<b>1798</b>	<b>1842</b>	<b>1702</b>	<b>1529</b>	<b>1395</b>

*Turria: Segurtasuna Koordinatzeko Zuzendaritzaren Ikerketa eta Analisisien Atala (Segurtasun Saila)*

Beste behin, “ondarearen eta ordena sozioekonomikoaren aurkako” arau-haustek dira Ertzaintzaren esku-hartze gehienak azaltzen dituztenak. Izan ere, ordena honetan, ebasketak eta indarrez egindako lapurretak (batez ere etxebizitzak ez diren tokietan) dira ohikoenak. Jarraian, “beste arau-hauste penal batzuk” azaltzen dira, “lesioak”, familiaren baitan ohiko tratu txarrak direlarik hurrengoak. Azkenik, “ordena publikoaren aurkako” arau-haustek eta “askatasun sexualaren aurkako” arau-haustek askoz maiztasun txikiagoa daukate.

Portugaletek Muskizko ertzainetxearen ardurapeko zonalde demografikoaren giza-hilketa tasa handiena izan du 2009-2016 urteetan. Zehazki, ikertutako 8 urteetik seitan, giza-hilketa kasuren bat gertatu da. Hala, 2009 eta 2013 urteetan arau-hauste mota honen kasu bakarra jazo den arren, 2014, 2015 eta 2016 urteetan bi kasu jazo dira, 2011k 4 kasu ezagutu dituelarik. Honenbestez, Barakaldorekin batera, Portugalete da gure ikerketa eremuko herrien artean giza-hilketa gehien pairatu duen herria 2009 eta 2016 urteen artean.

### **3.1.1.5 Santurtzi udalerrria**

**Santurtzi** udalerrriak 46.043 biztanle ditu (INE, 2016), haietatik 3.623 (7,9%) langabezian daudelarik (EUSTAT, 2016). Halaber, biztanle hauetatik 5.072k goi ikasketak dituzte (11,09%), 18 urte baino goragokoen batazbesteko errenta 14.017 eurokoa izan delarik (EUSTAT, 2014).

6. Taula. Ertzaintzak Santurtzi udalerrian ezagututako arau-hauste penalak 2009-2016 urteetan

<b>ARAU-HAUSTE MOTA</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
<b>GIZA HILKETA ETA HAREN MOTAK</b>	-	1	-	-	-	2	3	-
Intentziozko giza hilketa (doluz) /erailketa amaitua	-	1	-	-	-	-	1	-
Giza hilketa/erailketa saiakera	-	-	-	-	-	2	1	-
Giza hilketaren beste arau-hauste batzuk	-	-	-	-	-	-	1	-
<b>LESIOAK</b>	<b>113</b>	<b>95</b>	<b>88</b>	<b>88</b>	<b>80</b>	<b>76</b>	<b>92</b>	<b>79</b>
Familiaren baitan tratu txarrak	17	7	12	10	9	6	10	7
Lesioak	91	88	70	72	68	69	78	65
Beste arau-hauste edo lesioak	5	-	6	6	3	1	4	7
<b>TORTURA ETA OSOTASUNAREN AURKA</b>	<b>66</b>	<b>71</b>	<b>66</b>	<b>75</b>	<b>76</b>	<b>83</b>	<b>96</b>	<b>99</b>
Familiaren baitan ohiko tratu txarrak	63	71	66	71	73	80	90	93
Tortura eta osotasunaren aurkako beste arau-hauste batzuk	3	-	-	4	3	3	6	6
<b>ASKATASUN SEXUALAREN AURKA</b>	<b>9</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>8</b>
Sexu-erasoak	5	1	2	2	2	3	3	3
Askatasun sexualaren aurkako beste arau-hauste batzuk	4	2	3	1	1	2	-	5
<b>ONDAREAREN ETA ORDENA SOZIOEKONOMIKOAREN AURKA</b>	<b>765</b>	<b>699</b>	<b>594</b>	<b>732</b>	<b>814</b>	<b>791</b>	<b>768</b>	<b>812</b>
Ebasketak	293	308	225	316	353	359	372	384
Indarrez egindako lapurretak	241	184	170	153	232	214	190	204
Etxebizitzako gauzetan indarrez egindako lapurretak	76	74	86	81	123	96	63	58
Etxebizitza barruko gauzetan indarrez egindako lapurretak	26	22	57	34	66	76	37	38
Beste sail batzutan indarrez egindako lapurretak	50	52	29	47	57	20	26	20
Beste leku batzuetan indarrez egindako lapurretak	165	110	84	72	109	118	127	146
Indarkeriaz egindako lapurreta eta larderia	29	21	41	46	34	25	30	38
Kalteak	126	123	100	140	113	130	107	107
Motordun ibilgailuak kentzea	25	21	9	14	10	5	9	34
Iruzurra	40	26	30	38	49	40	33	32
Ondarearen aurkako beste arau-hauste batzuk	11	16	19	25	23	18	27	13
<b>SEGURTASUN KOLEKTIBOAREN AURKA</b>	<b>28</b>	<b>28</b>	<b>35</b>	<b>35</b>	<b>29</b>	<b>27</b>	<b>26</b>	<b>22</b>
Osasun publikoa: droga-trafikoak	3	2	6	4	9	8	4	1
Alkoholaren, drogen... eraginpean gidatzea	14	13	9	13	7	6	3	9
Segurtasun publikoaren aurkako beste arau-hauste batzuk	11	13	20	18	13	13	19	12

<b>ORDENA PUBLIKOAREN AURKA</b>	<b>33</b>	<b>42</b>	<b>18</b>	<b>11</b>	<b>19</b>	<b>12</b>	<b>6</b>	<b>10</b>
Ondasun materialen aurkako terrorismoa	-	-	-	-	-	-	-	-
Pertsonen aurkako terrorismoa	-	-	-	-	-	-	-	-
Beste ekintza terrorista batzuk	16	23	9	3	2	1	-	-
Ordena publikoaren aurkako beste arau-hauste batzuk	17	19	9	8	17	11	6	10
<b>BESTE ARAU-HAUSTE PENAL BATZUK</b>	<b>257</b>	<b>255</b>	<b>193</b>	<b>204</b>	<b>224</b>	<b>211</b>	<b>151</b>	<b>157</b>
<b>GUZTIRA</b>	<b>1271</b>	<b>1194</b>	<b>999</b>	<b>1148</b>	<b>1245</b>	<b>1207</b>	<b>1145</b>	<b>1187</b>

*Iturria: Segurtasuna Koordinatzeko Zuzendaritzaren Ikerketa eta Analisisien Atala (Segurtasun Saila)*

Ikertu ditugun urteetan, Santurtzin ere arau-hauste penal ohikoenak “ondarearen eta ordena sozioekonomikoaren aurka” burututakoak izan dira. Kasu honetan, zehaztu beharrekoa da lehen postuan ebasketak ageri direla, jarraian indarrez egindako lapurretak suertatu direlarik, azken hauek batez ere etxebizitza ez diren tokietan gertatu direlarik. Ondoren, “beste arau-hauste penal batzuk” eta “tortura eta osotasunaren aurka” burututakoak aurki ditzakegu, hurrenez hurren, azken kasu hauetan azpimarragarriak izanik familiaren baitan jazotako ohiko tratu txarrak.

Bestalde, maiztasun txikiagoa izan dute “segurtasun publikoaren aurkako” arau-hausteeak (alkoholaren eta drogen eraginpean gidatzeak leku berezia hartzen duelarik) bai eta “ordena publikoaren aurkako” arau-hausteeak. Azkenik, “askatasunaren sexualaren aurkako” jazoerak ageri dira, joera egonkorra dutelarik urte ezberdinen buruan, hiru eta bederatzi kasu bitarteko maiztasuna izan dutelarik. Azpimarragarria da “giza-hiketak”, zenbaki osoetan, alboan dagoen Portugalete udalerriak pairatu dituenen erdiak izan direla.

### **3.1.1.6 Zierbena udalerria**

**Zierbenako** udalerrri txikiak, 1.489 biztanle dituenak (INE, 2016), inguru honetako batazbesteko errenta maila altuena dauka, 16.426 eurokoa dena (EUSTAT, 2014). Goi ikasketei dagokionez, 197 (%13,18) biztanlek erdietsi du formakuntza akademiko maila hau (EUSTAT, 2015), 102 biztanle (%6,82) egonik langabezia egoeran (EUSTAT, 2016).



**7. Taula. Ertzaintzak Zierbena udalerrian ezagututako arau-hauste penalak 2009-2016 urteetan**

<b>ARAU-HAUSTE MOTA</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
<b>GIZA HILKETA ETA HAREN MOTAK</b>	<b>1</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
Intentzizko giza hilketa (doluz) /erailketa amaitua	1	-	-	-	-	-	-	-
Giza hilketa/erailketa saiakera	-	-	-	-	-	-	-	-
Giza hilketaren beste arau-hauste batzuk	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>LESIOAK</b>	<b>15</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>6</b>	<b>9</b>	<b>3</b>
Familiaren baitan tratu txarrak	1	1	-	-	-	-	-	-
Lesioak	11	6	9	7	7	5	9	2
Beste arau-hauste edo lesioak	3	1	-	2	2	1	-	1
<b>TORTURA ETA OSOTASUNAREN AURKA</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>9</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
Familiaren baitan ohiko tratu txarrak	2	3	2	2	9	2	1	2
Tortura eta osotasunaren aurkako beste arau-hauste batzuk	-	-	-	1	-	-	1	-
<b>ASKATASUN SEXUALAREN AURKA</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
Sexu-erasoak	-	-	-	-	-	-	-	-
Askatasun sexualaren aurkako beste arau-hauste batzuk	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>ONDAREAREN ETA ORDENA SOZIOEKONOMIKOAREN AURKA</b>	<b>187</b>	<b>125</b>	<b>142</b>	<b>154</b>	<b>137</b>	<b>149</b>	<b>128</b>	<b>107</b>
Ebasketak	56	31	56	61	48	48	40	47
Indarrez egindako lapurretak	98	42	49	55	49	66	62	44
Etxebizitzako gauzetan indarrez egindako lapurretak	3	5	7	4	4	11	8	1
Etxebizitza barruko gauzetan indarrez egindako lapurretak	3	3	7	3	3	6	2	1
Beste sail batzutan indarrez egindako lapurretak	-	2	-	1	1	5	6	-
Beste leku batzuetan indarrez egindako lapurretak	95	37	42	51	45	55	54	43
Indarkeriaz egindako lapurreta eta larderia	-	-	2	3	1	-	-	1
Kalteak	26	16	32	25	32	31	20	12
Motordun ibilgailuak kentzea	6	7	-	6	3	1	1	1
Iruzurra	1	26	-	-	1	2	2	-
Ondarearen aurkako beste arau-hauste batzuk	-	3	3	4	3	1	3	2
<b>SEGURTASUN KOLEKTIBOAREN AURKA</b>	<b>11</b>	<b>7</b>	<b>21</b>	<b>7</b>	<b>4</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>2</b>
Osasun publikoa: droga-trafikoa	-	1	-	-	1	-	-	-
Alkoholaren, drogen... eraginpean gidatzea	6	2	9	3	1	4	3	1
Segurtasun publikoaren aurkako beste arau-hauste batzuk	5	4	12	4	2	4	5	1
<b>ORDENA PUBLIKOAREN AURKA</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
Ondasun materialen aurkako terrorismoa	-	-	-	-	-	-	-	-
Pertsonen aurkako terrorismoa	-	-	-	-	-	-	-	-
Beste ekintza terrorista batzuk	1	-	-	-	1	-	-	-

Ordena publikoaren aurkako beste arau-hauste batzuk	3	1	2	1	2	1	-	-
<b>BESTE ARAU-HAUSTE PENAL BATZUK</b>	<b>18</b>	<b>14</b>	<b>17</b>	<b>8</b>	<b>18</b>	<b>15</b>	<b>14</b>	<b>13</b>
<b>GUZTIRA</b>	<b>238</b>	<b>158</b>	<b>193</b>	<b>182</b>	<b>180</b>	<b>181</b>	<b>161</b>	<b>127</b>

*Iturria: Segurtasuna Koordinatzeko Zuzendaritzaren Ikerketa eta Analisisien Atala (Segurtasun Saila)*

Zierbenan arau-hausterik ohikoenak “ondarearen eta ordena sozioekonomikoaren aurkakoak” dira, hauen artean toki berezia daukatelarik indarrez egindako lapurretek (etxebizitza ez diren lekuetan gehienbat) bai eta, hauen ostean, ebasketek ere.

Bigarren tokian ageri dira “beste arau-hauste batzuk” bezala ezagutzen direnak, “lesioek” eta “segurtasun kolektiboaren aurkako” arau-hausteei jarraitzen diotelarik, orohar maiztasun berbera izanik azken bi hauek.

Azken postuan “tortura eta osotasunaren aurkako” arau-haustea agertzen dira, azken hauen arteko kasurik gehienak familiaren baitan jazotako ohiko tratu txarrak direlarik. “Askatasun sexualaren aurkako” arau-hausteei dagokienez, Zierbenak ez du mota honetako alerik pairatu, giza-hilketa bakarra ageri delarik 2009 urtean.

### 3.1.2 Ertzaintzak Sestaoko ertzainetxearen eremuan ezagututako arau-hauste penalak

Sestaoko ertzainetxearen datuei dagokionez, banaka-banaka ikertu ditugu Ertzaintze honen ardurapeko udalerrietan Ertzaintzak bildutako arau-haustea, hots, Barakaldon, Sestaon eta Trapagaranen.

#### 8. Taula. Ertzaintzak Sestaoko ertzainetxearen eremuan ezagututako arau-hauste penalak 2009-2016 urteetan

ARAU-HAUSTE MOTA	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
<b>GIZA HILKETA ETA HAREN MOTAK</b>	<b>2</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>4</b>
Intentziozko giza hilketa (doluz)/erailketa amaitua	1	3	-	1	-	3	-	-
Giza hilketa/erailketa saiakera	1	3	3	2	5	3	6	4
Giza hilketaren beste arau-hauste batzuk	-	-	-	-	-	-	1	-
<b>LESIOAK</b>	<b>472</b>	<b>465</b>	<b>444</b>	<b>446</b>	<b>436</b>	<b>426</b>	<b>410</b>	<b>459</b>
Familiaren baitan tratu txarrak	21	40	29	21	31	40	49	68
Lesioak	426	405	390	397	387	371	329	362
Beste arau-hauste edo lesioak	25	20	25	28	18	15	32	29
<b>TORTURA ETA OSOTASUNAREN AURKA</b>	<b>305</b>	<b>337</b>	<b>401</b>	<b>416</b>	<b>385</b>	<b>349</b>	<b>356</b>	<b>307</b>
Familiaren baitan ohiko tratu txarrak	305	333	398	411	376	343	355	292

Tortura eta osotasunaren aurkako beste arau-hauste batzuk	-	4	3	5	9	6	1	15
<b>ASKATASUN SEXUALAREN AURKA</b>	<b>30</b>	<b>33</b>	<b>31</b>	<b>18</b>	<b>41</b>	<b>33</b>	<b>26</b>	<b>19</b>
Sexu-erasoak	30	16	20	11	18	11	13	10
Askatasun sexualaren aurkako beste arau-hauste batzuk	10	17	11	7	23	22	13	9
<b>ONDAREAREN ETA ORDENA SOZIOEKONOMIKOAREN AURKA</b>	<b>5916</b>	<b>5045</b>	<b>4791</b>	<b>5148</b>	<b>5939</b>	<b>5398</b>	<b>4791</b>	<b>4610</b>
Ebasketak	2681	2345	2039	2249	2490	2611	2325	2294
Indarrez egindako lapurretak	1650	1180	1264	1175	1816	1602	1231	1157
Etxebizitzako gauzetan indarrez egindako lapurretak	247	308	467	414	589	571	355	291
Etxebizitza barruko gauzetan indarrez egindako lapurretak	161	184	223	249	315	286	96	145
Beste sail batzutan indarrez egindako lapurretak	86	124	244	165	274	285	259	146
Beste leku batzuetan indarrez egindako lapurretak	1403	872	797	761	1227	1031	876	866
Indarkeriaz egindako lapurreta eta larderia	363	262	282	390	411	259	233	237
Kalteak	865	912	781	781	621	634	677	605
Motordun ibilgailuak kentzea	110	99	69	76	61	58	93	91
Iruzurra	197	187	312	419	461	162	139	148
Ondarearen aurkako beste arau-hauste batzuk	50	60	44	58	79	72	93	78
<b>SEGURTASUN KOLEKTIBOAREN AURKA</b>	<b>159</b>	<b>176</b>	<b>178</b>	<b>168</b>	<b>124</b>	<b>125</b>	<b>126</b>	<b>155</b>
Osasun publikoa: droga-trafikoa	14	25	32	10	25	19	16	60
Alkoholaren, drogen... eraginpean gidatzea	77	77	79	87	47	53	54	55
Segurtasun publikoaren aurkako beste arau-hauste batzuk	68	74	67	71	52	53	56	40
<b>ORDENA PUBLIKOAREN AURKA</b>	<b>116</b>	<b>139</b>	<b>94</b>	<b>126</b>	<b>142</b>	<b>93</b>	<b>47</b>	<b>61</b>
Ondasun materialen aurkako terrorismoa	2	1	1	3	2	1	-	-
Pertsonen aurkako terrorismoa	1	-	-	-	-	-	-	-
Beste ekintza terrorista batzuk	12	8	4	3	3	1	-	-
Ordena publikoaren aurkako beste arau-hauste batzuk	101	130	89	120	137	91	47	61
<b>BESTE ARAU-HAUSTE PENAL BATZUK</b>	<b>777</b>	<b>760</b>	<b>925</b>	<b>1024</b>	<b>924</b>	<b>915</b>	<b>647</b>	<b>514</b>
<b>GUZTIRA</b>	<b>7.777</b>	<b>6.961</b>	<b>6.867</b>	<b>7.349</b>	<b>7.996</b>	<b>7.345</b>	<b>6.410</b>	<b>6.129</b>

*Iturria: Segurtasuna Koordinatzeko Zuzendaritzaren Ikerketa eta Analisisien Atala (Segurtasun Saila)*

Sestaoko ertzainetxearen ardurapeko eremuan bildutako datuei dagokienez, argi asko ikus daiteke ikerlan honek aztertzen dituen urteen baitan, Ertzaintzak ezagutu izan dituen arau-hauste penal ohikoenak maiztasunaren arabera, hurrenez hurren, “ondarearen eta ordena sozioekonomikoaren aurkakoak” izan zirela, “beste arau-hauste penal batzuk” atalean jasotakoek jarraituta, ondoren “lesioak”, “tortura eta osotasunaren

aurkakoak”, “segurtasun kolektiboaren kontrako arau-hausteak”, “ordena publikoaren aurkakoak”, “askatasunaren sexualaren aurkakoak”, eta azkenik, “giza-hilketak eta haien motak” izan zirelarik. Muskizko ertzainetxearen kasuan gertatzen denaren antzera, nahiz eta “ondarearen aurkako” arau-hausteak askogatik ohikoenak izan diren, ikerlan honen azken urteetan delitu honek beheranzko joera xumea izan duela antzeman daiteke, honako hiru urteek, hots, 2009, 2013 eta 2014k, izan dutelarik maiztasunik handiena.

Orohar, ikerketak aztertzen dituen urteen joera orokorra nahiko egonkorra da arau-hausteen joerari erreparatuta. Zehazki, joera egonkor hau erraz antzeman daiteke “segurtasun kolektiboaren kontra”, “askatasun sexualaren aurka”, “tortura eta osotasunaren aurka” (kasu honetan familiaren baitan jazotako tratu txarrak gehiengo nabarmena direlarik), “lesioak” eta “giza-hilketak” bezala ezagutzen diren arau-hausteetan. Azken hauek, maiztasun txikia izan arren, urtero gertatzen dira. “Ordena publikoaren aurkako” arau-hausteei dagokionez, azken hiru urteetan (2014-2016) beheranzko joera xumea antzeman daiteke.

### 3.1.2.1 Barakaldo udalerria

**Barakaldoko** udalerriri dagokionez, INE-ek 2016 urtean jasotako datuen arabera, 100.025 biztanle zituen, zeinetatik 7.504 (%7,62) langabezia egoeran daudelarik (EUSTAT, 2015). Goi ikasketei dagokionez, 11.021 biztanlek (%11,19) burutu ditu maila honetako ikasketak (EUSTAT, 2015), 18 urte baino goragokoen batzbesteko errenta 14.225 eurokoa delarik (EUSTAT, 2014).

## 9. Taula. Ertzaintzak Barakaldo udalerrian ezagututako arau-hauste penalak 2009-2016 urteetan

ARAU-HAUSTE MOTA	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
<b>GIZA HILKETA ETA HAREN MOTAK</b>	<b>2</b>	<b>6</b>	<b>-</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
Intentziazko giza hilketa (doluz) /erailketa amaitua	1	3	-	1	-	2	-	-
Giza hilketa/erailketa saiakera	1	3	-	2	2	-	2	2
Giza hilketaren beste arau-hauste batzuk	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>LESIOAK</b>	<b>341</b>	<b>322</b>	<b>294</b>	<b>289</b>	<b>302</b>	<b>279</b>	<b>320</b>	<b>305</b>
Familiaren baitan tratu txarrak	16	30	21	17	17	27	35	39
Lesioak	305	279	260	254	270	244	260	246
Beste arau-hauste edo lesioak	20	13	13	18	15	8	25	20
<b>TORTURA ETA OSOTASUNAREN AURKA</b>	<b>205</b>	<b>224</b>	<b>262</b>	<b>266</b>	<b>253</b>	<b>234</b>	<b>255</b>	<b>208</b>
Familiaren baitan ohiko tratu txarrak	205	220	259	264	247	230	254	200

Tortura eta osotasunaren aurkako beste arau-hauste batzuk	-	4	3	2	6	4	1	8
<b>ASKATASUN SEXUALAREN AURKA</b>	<b>23</b>	<b>26</b>	<b>19</b>	<b>13</b>	<b>30</b>	<b>24</b>	<b>17</b>	<b>15</b>
Sexu-erasoak	16	11	11	9	12	9	9	8
Askatasun sexualaren aurkako beste arau-hauste batzuk	7	15	8	4	18	15	8	7
<b>ONDAREAREN ETA ORDENA SOZIOEKONOMIKOAREN AURKA</b>	<b>4328</b>	<b>3788</b>	<b>3689</b>	<b>3717</b>	<b>4432</b>	<b>4163</b>	<b>3737</b>	<b>3624</b>
Ebasketak	1979	1800	1658	1774	2009	2113	1901	1902
Indarrez egindako lapurretak	1244	869	1001	846	1360	1214	895	837
Etxebizitzako gauzetan indarrez egindako lapurretak	205	261	404	329	483	478	295	260
Etxebizitza barruko gauzetan indarrez egindako lapurretak	135	147	182	173	228	225	81	123
Beste sail batzutan indarrez egindako lapurretak	70	114	222	156	255	253	214	137
Beste leku batzuetan indarrez egindako lapurretak	1039	608	597	517	877	736	600	577
Indarkeriaz egindako lapurreta eta larderia	298	211	235	310	331	189	201	211
Kalteak	564	665	559	528	468	443	511	454
Motordun ibilgailuak kentzea	55	69	53	53	43	40	59	60
Iruzurra	148	133	153	170	165	115	103	106
Ondarearen aurkako beste arau-hauste batzuk	40	41	30	36	56	49	67	54
<b>SEGURTASUN KOLEKTIBOAREN AURKA</b>	<b>103</b>	<b>118</b>	<b>114</b>	<b>104</b>	<b>80</b>	<b>79</b>	<b>64</b>	<b>91</b>
Osasun publikoa: droga-trafikoa	11	19	26	7	22	11	9	43
Alkoholaren, drogen... eraginpean gidatzea	47	45	49	51	25	31	32	25
Segurtasun publikoaren aurkako beste arau-hauste batzuk	45	54	39	46	33	37	23	23
<b>ORDENA PUBLIKOAREN AURKA</b>	<b>81</b>	<b>97</b>	<b>64</b>	<b>88</b>	<b>87</b>	<b>54</b>	<b>22</b>	<b>36</b>
Ondasun materialen aurkako terrorismoa	2	1	1	3	2	1	-	-
Pertsonen aurkako terrorismoa	1	-	-	-	-	-	-	-
Beste ekintza terrorista batzuk	9	4	2	3	3	1	-	-
Ordena publikoaren aurkako beste arau-hauste batzuk	69	92	61	82	82	52	22	36
<b>BESTE ARAU-HAUSTE PENAL BATZUK</b>	<b>494</b>	<b>497</b>	<b>559</b>	<b>603</b>	<b>545</b>	<b>541</b>	<b>442</b>	<b>362</b>
<b>GUZTIRA</b>	<b>5577</b>	<b>5078</b>	<b>5001</b>	<b>5083</b>	<b>5731</b>	<b>5376</b>	<b>4859</b>	<b>4643</b>

*Iturria: Segurtasuna Koordinatzeko Zuzendaritzaren Ikerketa eta Analisisien Atala (Segurtasun Saila)*

Barakaldoko udalerrian gehien jazo diren arau-haustek “ondarearen eta ordena sozioekonomikoaren aurkakoak” izan dira, Sestaoko ertzainetxeak bildutako arau-hauste guztietatik %75 izan direlarik. Hauen artean maiztasun handiena dutenak ebasketak izan dira, jarraian indarrez egindako lapurretak agertzen direlarik (batez ere etxebizitza ez diren lekuetan).

Bigarrenik, “beste arau-hauste batzuk” agertzen dira, “lesioak” direlarik hirugarren postuan agertzen direnak. Azken hauek joera egonkorra daukate ikertutako urteetan zehar, Sestaoko ertzainetxearen eremuan gertaturiko lesioen arau-hausteen %69 azaltzen dutelarik.

Laugarrenik, “tortura” eta “osotasunaren aurkako” gertakariak sailkatzen dira. Huen gehiengo osoa, salbuespen txiki batzuk kenduta, familiaren baitan jazotako tratu txarrak dira. Kasu honetan, Sestaoko ertzainetxean bildutako mota honetako hamar gertakarietatik zazpi (%67) Barakaldon gertatzen direla azpimarragarria da. Maiztasunari dagokionez, “segurtasun kolektiboaren aurka” arau-hausteak, intzidentzia egonkorra dutenak, eta “ordena publikoaren aurkako” arau-hausteak dira hurrengoak, hurrenez hurren. “Askatasun sexualaren aurka” jazotako arau-hausteak dira zazpigarren tokian, joeran aldaketa handirik sumatu ez dutelarik.

Azken tokian, “giza-hilketak” ageri dira. Sestaoko ertzainetxeak bildutako giza-hilketen erdiak Barakaldon burutu dira, herri hau delarik muturreko bortizkeria ekintza gehien pairatu dituen, ikertutako urteetan, Sestaoko zein Muskizko ertzainetxeen ardurapeko eremuetan. Halere, aipatu beharrekoa da Barakaldo dela zonalde honetan populazio handiena duen herria, hurrengo bi herrien biztanle kopuruaren batura izatera ere iristen delarik (Portugalete eta Santurtzi).

### ***3.1.2.2 Sestao udalerrria***

**Sestaoko** udalerrriak 27.841 biztanle ditu (INE, 2016), 2.335 (%8,5) direlarik goi ikasketak dituztenak (EUSTAT, 2015). Udalerrri honetako biztanle guztietatik, 2.709 (%9,92) daude langabezia egoeran (EUSTAT, 2016), Sestao delarik inguruko udalerrri guztietan 18 urte baino goragokoen batazbesteko errenta maila baxuena duena, 12.288 euroekin (EUSTAT, 2014).

**10. Taula. Ertzaintzak Sestao udalerrian ezagututako arau-hauste penalak  
2009-2016 urteetan**

<b>ARAU-HAUSTE MOTA</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
<b>GIZA HILKETA ETA HAREN MOTAK</b>	-	-	3	-	-	3	1	1
Intentziozko giza hilketa (doluz) /erailketa amaitua	-	-	-	-	-	-	-	-
Giza hilketa/erailketa saiakera	-	-	3	-	-	3	1	1
Giza hilketaren beste arau-hauste batzuk	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>LESIOAK</b>	<b>99</b>	<b>104</b>	<b>99</b>	<b>100</b>	<b>91</b>	<b>102</b>	<b>62</b>	<b>111</b>
Familiaren baitan tratu txarrak	3	9	6	3	10	7	11	24
Lesioak	93	91	88	93	79	90	48	81
Beste arau-hauste edo lesioak	3	4	5	4	2	5	3	6
<b>TORTURA ETA OSOTASUNAREN AURKA</b>	<b>79</b>	<b>83</b>	<b>100</b>	<b>116</b>	<b>94</b>	<b>89</b>	<b>73</b>	<b>77</b>
Familiaren baitan ohiko tratu txarrak	79	83	100	114	92	89	73	72
Tortura eta osotasunaren aurkako beste arau-hauste batzuk	-	-	-	2	2	-	-	5
<b>ASKATASUN SEXUALAREN AURKA</b>	<b>7</b>	<b>4</b>	<b>8</b>	<b>5</b>	<b>8</b>	<b>5</b>	<b>7</b>	<b>3</b>
Sexu-erasoak	4	3	5	2	5	2	2	1
Askatasun sexualaren aurkako beste arau-hauste batzuk	3	1	3	3	3	3	5	2
<b>ONDAREAREN ETA ORDENA SOZIOEKONOMIKOAREN AURKA</b>	<b>1194</b>	<b>827</b>	<b>740</b>	<b>1022</b>	<b>1050</b>	<b>743</b>	<b>590</b>	<b>629</b>
Ebasketak	595	430	271	354	357	334	306	295
Indarrez egindako lapurretak	247	150	145	192	238	203	116	167
Etxebizitzako gauzetan indarrez egindako lapurretak	21	24	41	51	66	57	19	24
Etxebizitza barruko gauzetan indarrez egindako lapurretak	12	21	28	44	60	50	13	18
Beste sail batzutan indarrez egindako lapurretak	9	3	13	7	6	7	6	6
Beste leku batzuetan indarrez egindako lapurretak	226	126	104	141	172	146	97	143
Indarkeriaz egindako lapurreta eta larderia	52	39	36	59	63	50	13	18
Kalteak	222	145	143	158	91	116	106	89
Motordun ibilgailuak kentzea	36	16	6	15	9	8	9	17
Iruzurra	35	37	132	227	275	19	14	22
Ondarearen aurkako beste arau-hauste batzuk	7	10	7	17	17	13	13	17
<b>SEGURTASUN KOLEKTIBOAREN AURKA</b>	<b>33</b>	<b>26</b>	<b>24</b>	<b>29</b>	<b>16</b>	<b>15</b>	<b>18</b>	<b>28</b>
Osasun publikoa: droga-trafikoa	2	5	2	3	2	5	2	16
Alkoholaren, drogen... eraginpean gidatzea	18	8	12	15	6	3	4	6
Segurtasun publikoaren aurkako beste arau-hauste batzuk	13	13	10	11	8	7	12	6
<b>ORDENA PUBLIKOAREN AURKA</b>	<b>24</b>	<b>29</b>	<b>24</b>	<b>24</b>	<b>37</b>	<b>21</b>	<b>19</b>	<b>19</b>
Ondasun materialen aurkako terrorismoa	-	-	-	-	-	-	-	-
Pertsonen aurkako terrorismoa	-	-	-	-	-	-	-	-

Beste ekintza terrorista batzuk	1	3	2	-	-	-	-	-
Ordena publikoaren aurkako beste arau-hauste batzuk	23	26	22	24	37	21	19	19
<b>BESTE ARAU-HAUSTE PENAL BATZUK</b>	<b>180</b>	<b>176</b>	<b>262</b>	<b>329</b>	<b>291</b>	<b>254</b>	<b>132</b>	<b>108</b>
<b>GUZTIRA</b>	<b>1616</b>	<b>1249</b>	<b>1260</b>	<b>1625</b>	<b>1587</b>	<b>1232</b>	<b>902</b>	<b>976</b>

*Iturria: Segurtasuna Koordinatzeko Zuzendaritzaren Ikerketa eta Analisisien Atala (Segurtasun Saila)*

Sestaoren kasuan, arau-hauste penal ohikoenak “ondarearen eta ordena sozioekonomikoaren aurka” burututakoak izan dira, ebasketak izanik gehien jazo direnak. Ikertu ditugun urteetan (2009-2016), ekintza hauen beheranzko joera sumatzen da. Bigarrenik, “beste arau-hauste penal batzuk” agertzen dira, “lesioek” bai eta “tortura eta osotasunaren aurka” burututako arau-hausteez hurbiletik jarraituta. Azken hauen artean, familiaren baitan jazotako tratu txarrak dira ohikoenak, hauen maiztasuna egonkor mantentzen delarik urteen buruan. Maiztasun txikiagoa izan dute “segurtasun publikoaren aurkako” arau hausteez bai eta “ordena publikoaren aurkako” zein “askatasunaren sexualaren aurkako” arau-hausteez. Azken kasu honi dagokionez, 3 eta 8 arau-hauste gertatu ohi dira urtero. Azkenik, arestian azaldutako beste kasu guztietan bezala, giza-hilketek hartzen dute lekua. Izan ere, 2015 eta 2016 urteetan giza-hilketa bakarra jazo da, 3 izan direlarik 2011 eta 2014 urteetan giza-hilketak.

### 3.1.2.3 Trapagaran udalerrria

**Trapagaranek** 12.030 biztanle ditu (INE, 2016), zeinetatik 1.217k (%10,19) goi ikasketak dituzten (EUSTAT, 2015). Biztanle hauetatik, 825 langabezia egoeran daude (%6,9) (EUSTAT, 2016), 18 urte baino goragokoen batzbesteko errenta maila 14.240 eurokoa delarik (EUSTAT, 2014).

## 11. Taula. Ertzaintzak Trapagaran udalerrian ezagututako arau-hauste penalak 2009-2016 urteetan

ARAU-HAUSTE MOTA	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
<b>GIZA HILKETA ETA HAREN MOTAK</b>	-	-	-	-	3	1	4	1
Intentzizko giza hilketa (doluz) /erailketa amaitua	-	-	-	-	-	1	-	-
Giza hilketa/erailketa saiakera	-	-	-	-	3	-	3	1
Giza hilketaren beste arau-hauste batzuk	-	-	-	-	-	-	1	-
<b>LESIOAK</b>	<b>32</b>	<b>39</b>	<b>51</b>	<b>57</b>	<b>43</b>	<b>45</b>	<b>28</b>	<b>43</b>
Familiaren baitan tratu txarrak	2	1	2	1	4	6	3	5



Lesioak	28	35	42	50	38	37	21	35
Beste arau-hauste edo lesioak	2	3	7	6	1	2	4	3
<b>TORTURA ETA OSOTASUNAREN AURKA</b>	<b>21</b>	<b>30</b>	<b>39</b>	<b>34</b>	<b>38</b>	<b>26</b>	<b>28</b>	<b>22</b>
Familiaren baitan ohiko tratu txarrak	21	30	39	33	37	24	28	20
Tortura eta osotasunaren aurkako beste arau-hauste batzuk	-	-	-	1	1	2	-	2
<b>ASKATASUN SEXUALAREN AURKA</b>	<b>-</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>-</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
Sexu-erasoak	-	2	4	-	1	-	2	1
Askatasun sexualaren aurkako beste arau-hauste batzuk	-	1	-	-	2	4	-	-
<b>ONDAREAREN ETA ORDENA SOZIOEKONOMIKOAREN AURKA</b>	<b>394</b>	<b>430</b>	<b>362</b>	<b>409</b>	<b>457</b>	<b>492</b>	<b>464</b>	<b>357</b>
Ebasketak	107	115	110	121	124	164	118	97
Indarrez egindako lapurretak	159	161	118	137	218	185	220	153
Etxebizitzako gauzetan indarrez egindako lapurretak	21	23	22	34	40	36	41	7
Etxebizitza barruko gauzetan indarrez egindako lapurretak	14	16	13	32	27	11	2	4
Beste sail batzutan indarrez egindako lapurretak	7	7	9	2	13	25	39	3
Beste leku batzuetan indarrez egindako lapurretak	138	138	96	103	178	149	179	146
Indarkeriaz egindako lapurreta eta larderia	13	12	11	21	17	20	6	4
Kalteak	79	102	79	95	62	75	60	62
Motordun ibilgailuak kentzea	19	14	10	8	9	10	25	14
Iruzurra	14	17	27	22	21	28	22	20
Ondarearen aurkako beste arau-hauste batzuk	3	9	7	5	6	10	13	7
<b>SEGURTASUN KOLEKTIBOAREN AURKA</b>	<b>23</b>	<b>32</b>	<b>40</b>	<b>35</b>	<b>28</b>	<b>31</b>	<b>44</b>	<b>36</b>
Osasun publikoa: droga-trafikoak	1	1	4	-	1	3	5	1
Alkoholaren, drogen... eraginpean gidatzea	12	24	18	21	16	19	18	24
Segurtasun publikoaren aurkako beste arau-hauste batzuk	10	7	18	14	11	9	21	11
<b>ORDENA PUBLIKOAREN AURKA</b>	<b>11</b>	<b>13</b>	<b>6</b>	<b>14</b>	<b>18</b>	<b>18</b>	<b>6</b>	<b>6</b>
Ondasun materialen aurkako terrorismoa	-	-	-	-	-	-	-	-
Pertsonen aurkako terrorismoa	-	-	-	-	-	-	-	-
Beste ekintza terrorista batzuk	2	1	-	-	-	-	-	-
Ordena publikoaren aurkako beste arau-hauste batzuk	9	12	6	14	18	18	6	6
<b>BESTE ARAU-HAUSTE PENAL BATZUK</b>	<b>103</b>	<b>87</b>	<b>104</b>	<b>92</b>	<b>88</b>	<b>120</b>	<b>73</b>	<b>44</b>
<b>GUZTIRA</b>	<b>584</b>	<b>634</b>	<b>606</b>	<b>641</b>	<b>678</b>	<b>737</b>	<b>649</b>	<b>510</b>

*Iturria: Segurtasuna Koordinatzeko Zuzendaritzaren Ikerketa eta Analisisien Atala (Segurtasun Saila)*

Azkenik, Sestaoko ertzainetxearen ardurapean dagoen herrietatik biztanle gutxiena dituen aztertuko dugu. Orain arteko joeren ildotik, “ondarearen aurkako eta ordena sozioekonomikoaren aurkako” arau-hausteak dira ohikoenak, indarrez egindako lapurretak ebasketak baino apur bat maizago gertatu direlarik.

Jarraian, “Beste arau-hauste penal batzuk” agertzen dira, “lesioak” direlarik hurrengoak. Azken hauek 2012. urtean daukate maximoa, nahiz eta orohar, maiztasuna urteetan zehar mantentzen den.

Laugarrenik, “segurtasuna kolektiboaren aurkako” arau-hausteen txanda dator, hurbiletik “tortura eta osotasunaren aurkako” arau-hausteeek jarraitzen dituztelarik. Azken hauetatik, familiaren baitan jazotako tratu txarrak dira ohikoenak.

Seigarren eta zazpigarren lekuan, “ordena publikoaren aurka” eta “askatasun sexualaren aurka” egindako arau-hausteak agertzen dira, hurrenez hurren.

Azkenik, “giza-hilketak” agertzen dira. Hauek, lehendabiziko lau urteetan (2009-2012) jazo ez diren arren, 2013-2016 urteetan, urtero 1 eta 4 giza-hilketa artean ezagutu ziren.

### **3.2 Muskiz eta Sestaoko ertzainetxeek burututako atxiloketak eta ikerketak generoaren ikuspegitik**

Atal honekin bukatzeko, Muskizko eta Sestaoko ertzainetxeek eginiko atxiloketa eta ikerketak genero zein hauen arrazoa ardatz hartuta azalduko ditugu. Azken atal honetan, soilik 2015eko urtarrila eta 2016ko abendua bitarteko datuak eskuratu ahal izan ditugu. Azpiatal honen helburua generoaren ikuspegitik alderik badagoen ala ez ikustea da, arau-hauste motak ere kontuan izanik. Jarraian, arau-hauste bakoitzari dagozkion datuak azalduko ditugu.

**12. Taula. Muskiz eta Sestaoko ertzainetxeek 2015 eta 2016 urteetan burututako atxiloketak eta ikerketak, generoaren ikuspegitik**

	MUSKIZ								SESTAO							
	ATXILOKETAK				IKERKETAK				ATXILOKETAK				IKERKETAK			
	2015		2016		2015		2016		2015		2016		2015		2016	
ARAU-HAUSTE MOTA	E	G	E	G	E	G	E	G	E	G	E	G	E	G	E	G
<b>GIZA HILKETA ETA HAREN MOTAK</b>	1	5	-	-	1	2	1	-	-	5	-	1	-	6	-	1
Intentziozko giza hilketa (doluz) /erailketa amaitua	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Giza hilketa/erailketa saiakera	1	3	-	-	1	2	1	-	-	5	-	-	-	6	-	1
Giza hilketaren beste arau-hauste batzuk	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>LESIOAK</b>	1	13	16	58	-	5	15	61	2	14	24	63	1	22	67	221
Familiaren baitan tratu txarrak	-	5	4	18	-	3	4	12	2	7	20	23	1	6	21	44
Lesioak	1	8	12	40	-	2	10	44	-	7	4	37	-	16	41	171

Beste arau-hauste edo lesioak	-	-	-	-	-	-	1	5	-	-	-	3	-	-	5	6
<b>TORTURA ETA OSOTASUNAREN AURKA</b>	<b>4</b>	<b>34</b>	<b>56</b>	<b>154</b>	<b>1</b>	<b>29</b>	<b>40</b>	<b>175</b>	<b>1</b>	<b>66</b>	<b>54</b>	<b>240</b>	<b>2</b>	<b>57</b>	<b>47</b>	<b>217</b>
Familiaren baitan ohiko tratu txarrak	4	34	55	148	1	29	38	169	1	66	54	239	2	57	44	215
Tortura eta osotasunaren aurkako beste arau-hauste batzuk	-	-	1	6	-	-	2	6	-	-	-	1	-	-	3	2
<b>ASKATASUN SEXUALAREN AURKA</b>	<b>-</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>8</b>	<b>-</b>	<b>2</b>	<b>-</b>	<b>13</b>	<b>-</b>	<b>4</b>	<b>-</b>	<b>16</b>	<b>-</b>	<b>3</b>	<b>-</b>	<b>10</b>
Sexu-erasoak	-	2	1	3	-	2	-	2	-	2	-	3	-	1	-	5
Askatasun sexualaren aurkako beste arau-hauste batzuk	-	1	1	5	-	-	-	11	-	2	-	13	-	2	-	5
<b>ONDAREAREN ETA ORDENA SOZIOEKONOMIKOAREN AURKA</b>	<b>9</b>	<b>52</b>	<b>299</b>	<b>280</b>	<b>5</b>	<b>46</b>	<b>311</b>	<b>328</b>	<b>16</b>	<b>120</b>	<b>289</b>	<b>621</b>	<b>14</b>	<b>69</b>	<b>340</b>	<b>772</b>
Ebasketak	5	7	253	141	2	2	263	138	5	22	242	367	9	9	253	426
Indarrez egindako lapurretak	-	17	-	49	1	18	2	74	2	54	7	96	1	37	11	102
Etxebizitzako gauzetan indarrez egindako lapurretak	-	4	-	18	-	4	2	13	2	8	5	26	1	6	6	17
Etxebizitza barruko gauzetan indarrez egindako lapurretak	-	3	-	18	-	3	2	11	-	5	5	19	-	4	6	16
Beste sail batzutan indarrez egindako lapurretak	-	1	-	-	-	1	-	2	2	3	-	7	1	2	-	1
Beste leku batzuetan indarrez egindako lapurretak	-	13	-	31	1	14	-	61	-	46	2	70	-	31	5	85
Indarkeriaz egindako lapurra eta larderia	2	17	7	16	-	24	1	25	4	26	11	61	4	19	11	67
Kalteak	-	4	6	8	-	-	6	24	2	4	6	16	-	-	3	37
Motordun ibilgailuak kentzea	-	-	-	3	-	-	-	5	1	9	-	16	-	3	-	8
Iruzurra	2	4	20	38	2	2	35	46	1	1	13	31	-	1	42	101
Ondarearen aurkako beste arau-hauste batzuk	-	3	13	25	-	-	4	16	1	4	10	34	-	-	20	31
<b>SEGURTASUN KOLEKTIBOAREN AURKA</b>	<b>3</b>	<b>37</b>	<b>3</b>	<b>24</b>	<b>-</b>	<b>30</b>	<b>1</b>	<b>15</b>	<b>3</b>	<b>48</b>	<b>2</b>	<b>13</b>	<b>2</b>	<b>68</b>	<b>2</b>	<b>35</b>
Osasun publikoa: droga-trafikoak	-	12	2	3	-	2	-	-	1	15	1	3	1	45	1	20
Alkoholaren, drogen... eraginpean gidatzea	3	22	1	-	-	26	1	4	2	21	-	2	1	21	1	6
Segurtasun publikoaren aurkako beste arau-hauste batzuk	-	3	-	21	-	2	-	11	-	12	1	8	-	2	-	9
<b>ORDENA PUBLIKOAREN AURKA</b>	<b>2</b>	<b>17</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>13</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>24</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>30</b>	<b>-</b>	<b>12</b>
Ondasun materialen aurkako terrorismoa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pertsonen aurkako terrorismoa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Beste ekintza terrorista batzuk	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ordena publikoaren aurkako beste arau-hauste batzuk	2	17	1	2	2	13	1	2	4	24	4	4	5	30	-	12
<b>BESTE ARAU-HAUSTE PENAL BATZUK</b>	<b>-</b>	<b>21</b>	<b>77</b>	<b>142</b>	<b>2</b>	<b>19</b>	<b>70</b>	<b>148</b>	<b>2</b>	<b>27</b>	<b>26</b>	<b>121</b>	<b>4</b>	<b>33</b>	<b>93</b>	<b>266</b>
<b>ARAU-HAUSTE PENALAK GUZTIRA</b>	<b>20</b>	<b>182</b>	<b>454</b>	<b>668</b>	<b>11</b>	<b>146</b>	<b>439</b>	<b>742</b>	<b>28</b>	<b>308</b>	<b>399</b>	<b>1.079</b>	<b>28</b>	<b>288</b>	<b>549</b>	<b>1.534</b>
<b>Betebehar judizialak</b>	<b>6</b>	<b>66</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>16</b>	<b>48</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>18</b>	<b>84</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>16</b>	<b>79</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
<b>GUZTIRA</b>	<b>26</b>	<b>248</b>	<b>454</b>	<b>668</b>	<b>27</b>	<b>194</b>	<b>439</b>	<b>742</b>	<b>46</b>	<b>392</b>	<b>399</b>	<b>1.079</b>	<b>44</b>	<b>367</b>	<b>549</b>	<b>1.534</b>

*Iturria: Segurtasuna Koordinatzeko Zuzendaritzaren Ikerketa eta Analisisien Atala (Segurtasun Saila)*

Lehenik eta behin, bi ertzainetxeetan bildutako arau-hausteak kontuan izanda, argi ikus daiteke arau-hauste guztietarako gizonetzkoak direla gehien atxilotuak zein ikertuak izan diren pertsonak, salbuespen bakarrarekin: Muskizen gertatutako “ondarearen eta ordena sozioekonomikoaren aurkako” ekintzekin lotutako atxiloketak, batez ere ebasketak direnak. Datu hau indarrez egindako lapurretenarekin zein indarkeriaz egindako lapurretenarekin kontrajarria da erabat, azken hauetan emakumearen partaidetza oso mugatua baita.

Giza-hilketen kasuan, datuak ditugun bi urteei dagokienez, Ertzaintzak 20 atxiloketa/ikerketa egin ditu gizonetzkoen kasuan, 4 bakarrik izan direlarik emakumeen

kasuan. “Lesioak” bezala ezagutzen diren arau-hausteei dagokienez, atxilotuak zein ikertutakoak gizonezkoak izateko probabilitatea 3 eta 4 aldiz handiagoa da emakumeekin alderatuz gero. “Torturaren eta osotasunaren aurkako” ekintzei dagokienez, familiaren baitan jazotako tratu txarrak gehiago izan ohi direnetan, gizonezkoak emakumezkoak baino 5 aldiz probabilitate handiagoa dute tratu txarrak ematerako orduan.

“Segurtasun kolektiboaren aurkako” arau-hausteei dagokienez, droga trafikoa eta alkoholaren zein drogen eraginpean gidatzea dira maiz jazotzen diren ekintzak. Berauetan, gizonezkoek emakumeek baino probabilitate handiagoa daukate atxilotuak zein ikertuak izateko, zehazki 12 aldiz gehiago.

“Askatasun sexualaren aurkako” arau-hausteen kasuan, 59 gizonezko izan dira bi ertzainetxeetan atxilotu eta ikertuak. Aitzitik, sasoi berean, soilik 2 emakume atxilotu zituzten, zehazki Muskizko ertzainetxean 2016. urtean. Azkenik, “ordena publikoaren aurkako” arau-hausteei dagokienez, gizonezkoen maiztasuna handiagoa da (5:1).

## **4. atala. DESINSTITUZIONALIZAZIO**

### **PSIKIATRIKOA ETA INDARKERIA**

Erietxe psikiatrikoak, “zoroetxe” esaten zaienak, buru-gaixoen arretarako erakunde espezifiko gisa sailkatu izan dira XIX. mendearen hasieratik. Erakunde horiek bi helburu izan dituzte euren historian zehar. Batetik, funtzio mediku argia izan dute buruko gaitzen tratamenduan, zeinak, sarri, emaitza eskasak lortu dituzten terapia eraginkorrik ez zegoelako, eta masifikazioaren eta langile eskasiaren ondorioz, prekariedade altuko baldintzetan lan egiten zutelako. Bestetik, betekizun sozialagoa ere garatu dute, babes-etxe eta aterpe gisa gizarteratzeko baliabiderik edo gaitasunik ez zutenentzat (Stroman, 2003).

Halere, erietxe psikiatrikoak XIX. mendearen bukaeran eta XX. mendearen hasieran sendotu ahala, erakundeen baldintza txarreatatik eta haien eraginkortasunarengatik lehenengo kritikak jaso zituzten. Beraz, Bigarren Mundu Gerra bukatu zenean, mugimendu berri bat sortu zen arreta psikiatrikoaren eredu aldatzeko helburuarekin. Mugimendu horren xedea erietxe psikiatrikoa bihurtu edo desagerraraztea zen, buru-nahasmenduak zituzten pertsonen beharrei arreta emateko leku egokiena gizartea zela uste zuelako (Lafuente Lazaro et al., 2007).

Espanian, ez zen 1980ra arte barneratu psikiatria komunitarioaren korronea, eta 1983ra arte ez zen sortu Psikiatria Erreformatarako Ministerio Batzordea (EAO, 1983, 22.596-22.596 orr.). 1985ean, “psikiatriaren ez-instituzionalizazio” prozesua gauzatzeko printzipio orokorrak eta gomendioak biltzen zituen txostena aurkeztu zen (Lluch, 1985). Txosten horretan, hain zuzen ere, Guimón et al.-ek (1989)an Neuropsikiatriko Espainiako Aldizkariak argitaratutako “Métodos de evaluación de la política de desinstitucionalización” izeneko lanean, garai hartan ministro zen Ernest Lluch-ek zioen beharrezkoa zela “arreta psikiatrikoa komunitatearekin lotutako egitura berrietan hedatu eta garatzea”. Hortaz, herrialde honetako erreforma psikiatrikoa Osasuneko Lege Orokorrean oinarritu zen (EAO, 1986, 15.207-15.224 orr.), egungo Osasun Sistema Nazionalaren jatorria, non bere 20. artikuluan zehazten zuen Buruko Osasun zerbitzuen izaera komunitario, publiko, unibertsal eta doakoa. Lege horretan, bitarteko egiturak eta ospitaletik kanporakoak indartzera bultzatzen da, eta ospitalizazio

psikiatrikoa aipatzen da bereziki ospitale orokorren unitateetan, eta errehabilitazioko eta birgizarteratze sozialeko zerbitzuak garatzeko orduan, ekitatearekin konpromisoa duten profesionalen artean beti ere. Gainera, gaixoen estigmatizazioa saihestu eta hiritarren inplikazioa bultzatu nahi da, senideen eta erabiltzaileen elkartean bitartez (Ortega & Campos, 2011).

Praktikan, ez-instituzionalizazioak gaixo psikiatriko akutu eta azpiakutuentzako ohe kopuruaren bat-bateko murrizketa eragin zuen. Ospitaletik kanpoko baliabideen sare garrantzitsu bat ere sortzea zen asmoa. Kasu batzuetan eraginkorra izan bada ere, beste batzuetan, ez da nahikoa izan Buruko Osasuneko erabiltzaile diren gaixo guztiei arreta emateko (Oyfee et al., 2009). Horren adibide gisa, Euskal Osasun Zerbitzuak (Osakidetza), “Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría” aldizkariak 2005ean argitaratu zuen bezala, “4 ospitale psikiatriko ditu (Araba, Bermeo, Zaldibar eta Zamudio), guztira 800 lekurekin. Gainera, hiru Ospitale Psikiatriko daude (Aita Menni), leku hitzartuekin. Ez-instituzionalizazio prozesua pixkanaka burutu da eta kanpora atera diren gaixoak egoitzetara, babestutako egoitza-baliabideetara (pisuak eta etxeak) eta familia artera eramán dira”.

Ezaugarri kronikoko buruko nahasmendu desberdinak dituzten pertsona asko ospitaleetan tratatuak izan ordez gehienbat komunitatean tratatuak izatea eragin du ez-instituzionalizazio psikiatrikoak. Prozesu honek delituak gauzatzen dituzten eta espetxeratzen diren buruko nahasmendu larrien kopurua areagotu ahal izatearen kezka hedatu du (Wallace et al., 2004). Ildo horretatik, Lamb eta Bachrach-ek (2001) “ez-instituzionalizazioaren aurretik espetxeratu zituzten buru-gaixoen kopurua ongi zehazten duen ikerketa onik ez dagoela eta, zientifikoki frogatzea zaila” dela onetsi zuten, eta buru-gaixoei komunitatean eman zaien arreta eta laguntza egokia den ala ez jarri zuten zalantzan, ez-instituzionalizazioa jarrera kriminalaren eta buruko gaixotasun larria duten pertsonen espetxeratzearen igoerarekin lotu zuten berehala (Rosenheck et al., 2000). Horrez gain, buruko gaixotasun larriak dituzten pertsonen artean substantzien gehiegizko erabilerak bizitako igoera ere komunitatearen arreta eta laguntza ezegokiarekin lotu da, eta talde honen indarkeria areagotu denaren ideia hedatu da (Swartz et al., 1999). Aldiz, Lancet-en (2000) ikerketak, zeina gaixoen bi kohortetan oinarritu zen (1975 eta 1985), ez du aldaketa dinamikarik zehaztea lortu ez-instituzionalizazio garaiko jarrera kriminalean. Ildo berean, ikerketa honek ez du lortu ez-instituzionalizazioa eskizofrenia duten pertsonen artean substantzia komorbidoen

gehegizko erabilera-tasaren igoerarekin (Mullen et al., 2000). Eraitza bera lortu zen Wallace et al.-ek (2004) American Journal of Psychiatry aldizkarian argitaratutako ikerketan, non delinkuentziaren maila absolutuak areagotu zirela ikusi zen eskizofrenia zuten pertsonen artean 1975-2000 bitartean, nahiz eta proportzio berean hasi zen biztanleria orokorrean ere. Ikerketa berean, oro har oker uste da eskizofrenia duten pertsonen artean delinkuentzia-tasaren areagotzea ez-instituzionalizazio aldian zehar arreta instituzionalaren ordeztu arreta komunitarioa eskaintzera aldatzearekin lotuta dagoela. Beraz, egile hauek, funtsean, azken urteotan Estatu Batuetan eta Australian bizitako delinkuentzia eta espetxeratze tasen igoerarekin lotzen dute (aztertutako biztanleriak). Wallace et al. (2004), Draineck eta lankideek 2002an egindako ikerketan oinarrituta, hauxe ondorioztatu zuten: “harrigarria izango litzateke eskizofrenia duten eta delitu bat egiten duten pertsonak espetxeratzeko irrika honen barruan ez egotea”. Gainera, “buruko nahasmendu larriak dituzten pertsona asko dauden orain bertan kartzela eta espetxeetan, baina ikerketa honek zigor justizia sistemaren barruko politikak islatzen ditu nagusiki, desinstituzionalizazioaren eraginez baino gehiago.”

## **5. atala. PSIKOSIA ETA**

# **INDARKERIAZKO DELITUA**

### **5.1 Psikosia delitua egiteko arrisku-faktore gisa**

#### **5.1.1 Buruko gaixotasun larria eta indarkeria**

Egun, gizarteak, oro har, buruko gaixotasun larri bat izatea arriskutsu izatearekin eta delituzko edo indarkeria bidezko ekintzak gauzatzeko joerarekin lotzen ditu (Arbach & Andrés-Pueyo, 2007). Beraz, buruko gaixotasunak dituzten pertsonak inpultsibo eta oldarkor gisa ikusten dira oro har (Angermeyer & Schulze, 1998), gizartean ez-egokiak bezala ikusten ez direnean (Stuart, 2003). Jarrera horiek are gehiago indartu dira, arreta mediatiko handiagoaren ondorioz, eskizofrenia duten pertsonengan indarrezko jarrerek eta delitukoek herritarrengan sortzen duten jakin-min gero eta handiagoa dela-eta (Mullen, 2000). Hortaz, ohikoa da gertakari bortitzenetako batzuk, argi eta garbi, buruko nahasmendu larriak edukitzearekin lotu izana (Coid et al., 2016) eta, eskizofreniarekin are zehatzago (Fazeli et al., 2009). Horrek, buruko gaixotasunak dituzten pertsonengan arriskutsuak izatearen estigma izatea eragin du, honela bazterketa eraginez (Silver, 2006).

Baina, gaia aztertu duten hainbat ikerketetatik ez da ondorio garbirik atera (Anckarsäter et al., 2009; Witt et al., 2015; Skeem et al., 2016). Ildo horretan, emaitzen desberdintasuna 80ko hamarkadako hainbat ikerketatan da ageria, non auzitegiko klinika ikerketek eta ikerketa epidemiologikoek zioten buruko gaixotasunaren eta indarkeriaren artean erlazioa bazegoela (Wessely, 1997); beste batzuk, kausalitate hori arbuiatzen zuten (Morera, 2001). Urteekin, ezadostasun hau areagotzen joan da, eta australiar SANE, Amerikako Estatu Batuetako buruko gaixotasunaren Unitate Nazionala eta britainiar hiru ongintzazko erakunde nagusiak, besteak beste, kasu hau aztertu zuten jakin-mina pizten zielako, eta haien ikerketen ondorioak izan zen ez zegoela lotura aipagarririk buruko nahasmenduaren eta indarkeriaren artean (Arbach & Andrés-Pueyo, 2007).



Emaitza horiek behin betikoak ez badira ere, arriskutsutzat hartu diren hainbat faktorek ekintza oldarkorrek eta delituak egiteko duten garrantzia nabarmentzen dute (Anderson, 1997; Angermeyer, 2000; Bonta et al., 1998; Kelly, 2005; Lamsma & Harte, 2015). Gehien errepikatzen den arrisku-faktore horietako bat banakoaren arlo sozio-demografikoa da. Coid et al.-en aburuz, 2016an, hauek izan ziren aipagarrienak: gaztetasuna (16-34 urte), generoa (ia bost gizona bategatik batek erabili du indarkeria; emakumeetan, aldiz, hogeitik batek), lan-baldintzak (lanik ez duten pertsonak delituak egiteko eta indarkeria erabiltzeko arrisku handiagoa dute), ezkonkida dauden ala ez (bananduek eta dibortziatuak indarkeria erabiltzeko joera handiagoa dute, eta baita ezkongabeek ere), maila sozioekonomikoa (maila baxukoak, III-IV, joera handiagoa dute) eta arraza (arrazak zuriko pertsonak, oro har, indarkeria bidezko ekintza gehiago egiten dituzte). Nortasunaren nahasmendu antisoziala, antsietatea eta askotariko substantzia toxikoak hartzea ere arrisku-faktoreak dira (Fazel et al., 2009); depresioa, aldiz, indarkeria-ekintzak egiteko faktore babeslea da. Aurreko guztiarekin lotuta, ideazio paranoidea ere arrisku-faktoretzat hartzen da indarkeria-ekintzak egiteko, baita larriagoak ere (Coid et al., 2016).

Azken urteotan berebiziko garrantzia hartu du arrisku-faktore horiek ikertzeak, zuzenean lagundu baitu gaixo psikiatrikoen politika eta eboluzio juridikoa egiten (Arbach & Andrés-Pueyo, 2007).

### **5.1.2 Eskizofrenia eta indarkeria**

Eskizofrenia eta indarkeria lotuta agertu dira hainbat ikerketa garrantzitsutan (Fazel et al. 2009). Ildo horretan, eskizofrenia duten gaixoen euren bizitzan zehar gutxienez delitu batean errudun aitortzeko joera handiagoa dute, eskizofrenia ez duten biztanleen aldean (Wallace et al. 2007). Egile honek dio, eskizofrenia duten pertsonen talde bat ez dutenen talde batekin alderatzen dugunean, eskizofreniaren eta deliturako tasa altuagoen artean lotura badagoela, indarkeria erabiltzen duen deliturako barne (Wallace et al., 2004). Ondoriozta dezakegu eskizofrenia izatea arrisku-faktorea izan daitekeela delituak egiteko, indarkeria erabiltzen dutenak bereziki. Aldiz, erlazio horiek ez dituzte zertan lotura kausalak islatu, eskizofrenia izatearen eta delituengatik zigortuak izateko joeraren artean lotura egon daitekeela baizik (Wallace et al., 2004).

Hori guztia ikusita, badirudi badaudela eskizofreniaren eta ekintza oldarkorrek egitearen arteko erlazioan arrisku-faktoreak. Arrisku-faktore horien azterketak onura nabarmenak dakartza hainbat arlotan. Ikuspuntu juridikotik, buruko gaixotasunak dituzten pertsonen lege-erantzukizunaren eta ebazpenen inguruko erabakiak hartzeko orduan indarkeriaren arriskuak ebaluatzeko baliabideak doitzen lagun dezake (Witt et al, 2013), zeinak gero eta gehiago erabiltzen diren lege-arloan (Mercado CC et al., 2007). Ikuspegi medikutik faktore horien azterketa xeheagoak indarkeria arriskua murrizteko arrisku handieneko faktoreei dago zuzendua. Gainera, frogetan oinarritutako arriskuen ebaluazioko ikuspuntuak garatzen laguntzen du eta psikosia duten banakoei besteen aldean indarkeria arrisku handiagoan jartzen dituzte (Witt et al. 2013).

Jarraian, nola edo hala, eskizofreniarekin eta indarkeriarekin lotuta egon daitezkeen indarkeriako arrisku-faktore nagusiak aipatuko ditugu (Van Dorn et al., 2011). Ondorio nagusiak Witt et al.-ek (2013) egindako azterketa batetik atera ditugu .

- 1) Faktore demografikoak: egun arte egindako ikerketek lotura estua aurkitu dute ekintza oldarkorrek egin eta iraganean indarkeria jasan izanaren artean; erlazio moderatua etxerik ez edukitzearen (iraganean edo egungo etxea galtzeagatik) eta indarkeriaren erabileraren artean; tarteko lotura gizona eta arraza zurikoa izatearen eta indarkeriaren erabileraren artean; eta lotura moderatua maila sozioekonomiko baxua izatearen eta ekintza oldarkorrek egitearen artean.
- 2) Haurtzaroan jasandako indarkeria: Witt et al. (2013) haien ikerketan, haurtzaroan jasandako gehiegikeria fisikoen eta sexu-gehiegikeriaren, gurasoen aurrekari kriminalen eta haien alkoholaren erabilera desegokiaren eta indarkeriaren artean lotura moderatua dagoela ondorioztatu zuten. Halere, egile horiek ez zuten lotura nabarmenik aurkitu indarkeriaren eta hurrengo faktoreen artean: haurtzaroan gurasoren bat hiltzea, premorbido orokorra/haurtzaroa/nerabezaroa doikuntzan puntuazio altuak, familian buruko gaixotasun historia, familian trauma edo heriotza aurrekariak, gurasoen banaketa edo dibortzioa haurtzaroan edo guraso bakarreko familian hazi izana.
- 3) Zigor-aurrekariak: zigor-aurrekarietako faktore gehienek lotura nabarmena dute indarkeriarekin. Hau da: espetxeratze edo atxilotze aurrekariak, edo jarrera oldarkorrenengatik zigorrak, aurretik jarrera oldarkorrek eduki izana, objektuen aurkako erasoaren eskalan puntuazio altuak eta baita ezaugarri psikopatikoetan

ere, lehenengo zigor-aurrekaria oso gaztetan, puntuazio altua etsaitasunean eta mehatxu ugariko historia.

- 4) Faktore neuropsikologikoak: arestian aipaturiko egileek lotura estua aurkitu zuten indarkeriaren eta insight gabeziaren artean (2011n Sigh et al. -ek ere aurkitu zutena (2011) ), eta baita lotura moderatua indarkeriaren eta nortasun antisozialeko nahasmenduaren diagnosi komorbidoaren artean. Horrez gain, lotura sendoa aurkitu zuten indarkeriaren eta bulkaden kontrolerako zailtasuneko puntuazio altuen artean, eta PANSS (Sintoma Positiboen eta Negatiboen Eskala) direlakoetako puntuazio altuen artean. Beraz, indarkeria sintoma positiboetan puntuazio altuenekin lotu zen, asaldura itemean bereziki. Halere, indarkeria ez zen bereziki lotu sintoma negatiboarekin.
- 5) Toxiko anitzen kontsumoa: Witt et al. (2013) egileek diote ekintza oldarkorrak egiteak oso lotura estua duela politoxikoen erabilera desegokiko aurrekariekin, toxiko anitzen kontsumo kaltegarriko diagnosi komorbidoarekin eta substantziak azken aldian kontsumitu izanarekin. Bestetik, alkoholaren gehiegizko kontsumoko aurrekariaren eta indarkeriaren artean lotura moderatua ere aurkitu zuten. Bestetik, ez dago batere argi indarkeriaren eta kalamuaren kontsumo kaltegarriaren artean loturarik dagoen.

Bestetik, Wallace et al. egileek (2014) ikusi zuten substantzien gehiegizko erabilera zela, ez eskizofrenia, delinkuentziaren tasa altuekin lotuta zegoena. Aldagaiak guztiz independenteak balira bakarrik arrazoituko zen bereizketa hori. Eskizofrenia izatea, aldiz, substantzien gehiegizko kontsumo tasen areagotzearekin dago lotuta (Rachbeisel et al., 1999). Ikerketak iraun izan dituen 25 urteetan zehar, eskizofrenia duten gaixoen artean substantzien gehiegizko kontsumo-tasa areagotu egin da. Aldiz, zigor-kondenak, gainerako biztanleen proportzio berean igo da. Hori guztia ikusita, Wallace et al (2004) egileek ondorioztatu zuten substantzien gehiegizko kontsumoa eskizofreniaren eta delituaren arteko bitartekari kritikoa dela, indarkeriako delitua bereziki.

- 6) Tratamendua eta sendagaiak hartzen ez jarraitzea: Witt et al. (2013) egileek atera zuten beste ondorioetako bat izan zen sendagaiak hartzen ez zituztenean indarkeria areagotu egiten zela. Horrek agerian uzten du tratamendua zein

garrantzitsua den, eta funtsezkotzat hartzen dira tratamenduarekin jarraitzeari zuzendutako terapiak (Zygmunt et al., 2002).

- 7) Biktimizazioa: indarraren bitartezko ekintzak egiteko orduan arrisku-faktoreetako bat biktimizazioa da (Kooiman et al., 2007). Aurreko biktimizazioak “indarkeria-ziklo” bat eragin dezake, zeinaren bitartez, psikosia duten pertsonak biktimiza daitezkeen egoera arriskutsuetan haien jarrera kriminalaren ondorioz (Haiday et al., 1999).
- 8) Inpulsibitatea eta buru-hilketa ahaleginak: Witt et al. (2013) egileek ondorioztatu zuten aurretik buru-hilketa ahaleginak egindakoen indarkeria arriskuarekin zeudela lotuta. Baina, indarkeria berez ez zuten lotu buru-hilketa ideien edo norberari lesioak eragiteko ideien aurrekariekin. Inpulsibitatea suizidioaren eta indarkeriaren arteko bitartekari izan daitekeelako da hori, eta ez ideiak edukitzea ekintza oldarkorrek egitearekin lotura estua dutenak (Conner et al., 2002).

Behin ekintza oldarkorrek egiteko arrisku-faktoreak eta haien garrantzia azalduta, Witt et al. (2013) egileen ondorio nagusiak aztertuko ditugu. Egile horiek diote arrisku-faktoreak direla-eta, jarrera oldarkorrek edukitzeko aurretiko jarrera duten pertsonak eskizofrenia garatzen dutenean delituak egiteko joera handiagoa dutela. Ildo horretan, eskizofrenian delitu-jarrera egotean eragina duten faktoreak gaixotasun aktiboaren eraginetara bakarrik mugatzea ez dela litekeena, baina badirudiela buruko egoeraren ondorioz funtzio sozialaren, psikologikoaren eta burukoaren arteko gabezien elkarreagin konplexua islatzen dutela.

Van Dongen et al. (2014a) egileek, euren “First Offender with Psychosis: Justification of a Third Type Within the early/late start offender typology” lanean, zeina Crime and Delinquency aldizkarian argitaratu zen, delituak egiten dituzten eskizofreniaren diagnostia duten hiru motatako pertsonak bereizten zituzten:

- Lehenak, gaixotasunaren aurretik delituak egin zituztenak, gazte zirenean. Van Dongenek haien ezaugarri nagusien artean haien hasiera goiztiarra, nortasun antisozialeko ezaugarriak (Goethals et al., 2008; Tengström et al., 2001), toxikoen gehiegizko erabilera, gurasoen delituen aurrekariak, hezkuntza-maila

baxua, enplegua edukitzeko aukera baxuagoa (Van Dongen et al., 2014b), gehiegizko erabileraren historia eta gurasoen banaketa aurrekariak. Egileek diotenez, sarri, pertsona horien biktimak familiatik kanpokoak izaten dira.

- Bigarren, delituak gaixotasuna azaleratu ondoren egiten dituztenak daude (fase honetan sartzen da fase prodromikoa). Egileek hurrengo ezaugarriak azaltzen dituzte talde honentzat: jarrera kriminala nahasmendu sentimen-pertzeptibo edo kognitiboen ondoriozkoa da, eta oro har delitu arinagoak izaten dira, eta biktimak senideak.
- Hirugarren, delituak 30 urtetik gora dituztenean betetzen dituztenak daude. Espektrikoaren nahasmenduaren diagnostika duten gizonezkoengan sarriago gertatzen da, zeinak bat batean eta ezaugarri morbidoki antisozialik eta haurtzaroan jarrera disruptiborik gabe, delitu larri bat egiten duten, batzuetan, ondorioa heriotza ere izan daitekeelarik (Hodgins, 2008). Van Dongen et al. (2014a) egileek ikusi zuten, aipaturiko lehenengo azpitaldean, oro har, enplegua eta bikotea edukitzeko probabilitatea handiagoa zen, eta alkohol gehiegi kontsumitzen zuten baina kalamuaren eta politoxikoen kontsumoa txikiagoa zen.

Ondorengo beste argitalpen batean, aurreko artikularen ildo beretik, egile berberak diote 30 urtetik gora bat-batean delituren bat egiten zuten psikotikoen taldea oso txikia zela (Van Dongen et al., 2014b). Ikerketa horren ondorioek jazarpen-delirioak gaixo hauetan besteetan baino bi aldiz sendagoak direla eta lau aldiz sendagoak deliturik egin ez duten eskizofreniako diagnostika duten gaixoen aldean.

## **5.2 Lehen gertaera psikotikoak eta indarkeria**

Literatura zientifikoan hainbat definizio aurki ditzakegu lehen gertaera psikotikoari buruz ari garenean (PEP). Haurtzaroan eta nerabezaroan lehen gertaera psikotikoen Gida kliniko eta terapeutikorako lantaldeak (CIBERSAM, 2014) horrela definitzen du: “PEPa delirioen edota haluzinazioen existentzia edo susmo kliniko gisa

(jarrera nahasmendua, katatonia...) zehaztutako sintoma psikotikoak lehenengo aldiz gertatu den unea da, sintomen eboluzio-denborari erreparatu gabe”.

Lehen gertaera psikotikoei buruz ari garenean, % 90 baino gehiagotan, “espektro eskizofrenikoari” buruz ari gara, non eskizofrenia, nahasmendu eskizofreniformea, nahasmendu psikotiko arina, nahasmendua ideia deliranteengatik, nortasunaren nahasmendu eskizotipikoa eta psikosi atipikoak sartzen diren (Segarra, 2013).

Arlo horretan, lehen gertaera psikotikoen (PEP) eta ezaugarri oldarkorreko jarreraren artean egon daitekeen korrelazioaren artean literaturan aurkitutakoa bildu dugu.

### **5.2.1 Jarrera oldarkorren maiztasuna PEPetan**

1979ko ikerketa honetan, Treffert et al. egileek ikusi zuten 6 gaixoetatik 1ek ekintza oldarkor larri bat egiten duela gutxienez, hau da, lesioren bat eragin duen eraso, sexu-erasoa edo arma batekin lapurreta. Indarkeria larriaren kasuan, lesio larria edo betirako lesioa eragiten duena, alegia, Appelbaum et al. (1997) egileek ikusi zuten 100 gaixotik 1ek halako indarkeria erabiltzen du. Bestetik, Foley et al. (2005) egileek ondorioztatu zuten psikosia duten 3 gaixotik 1ek jarrera oldarkorrak izan dituztela gaixotasunaren hasieran, baina 14tik 1ek bakarrik hartu duela parte besteei kaltea eragin diezaieketen indarkeria-jarreretan.

Gaixoen profil honetan indarkeria larriko delituek garrantzia nahiko txikia badute ere, Nielssen et al. (2012) egileek, halako delituek izaten dituzten ondorioak ikusita, Pasewark et al. (1979) eta Lamb et al. (1988) egileek Estatu Batuetan haren inguruan egindako bi ikerketa hartu zituzten aintzat. Lehenengo ikerketan, Pasewarkek ikusi zuen New Yorkeko Estatuko ondoz ondoko segida bateko 225 delitugiletik 130 (hau da, % 58) ez zela ospitalean egon edo, seguruenik, tratamendurik ez zuela jaso lehen gertaera psikotikoaren irizpideak betetzen zituen arren. Bigarren ikerketan, Lamb et al. (1988) egileek eta Nielssen et al. (2012) lanean aipatutakoaren arabera, tratamendua ez hartzea garrantzitsua izan daitekeela indarkeria handiko delituak egiteko orduan. Are zehatzago, Lon Angeleseko konderriko 79 delitugiletik 41 (hau da, % 51) ez zen inoiz ospitalean ingresatuta egon.

Homizidioa muturreko indarkeriaren adierazpen garbiena izanik, literaturak PEP diagnosis duten pertsonen delitu horien % 6,5 egiten dutela biltzen du, homizidio

guztiekiko (Large & Nielssen, 2009). Lehen gertaera psikotikoen kasuan, tratamendu psikiatrikoa jaso ondorengo homizidio-tasa baino 15 aldiz handiagoa kalkulatzen da tratamendua hasi aurretik (Large & Nielssen, 2008), eta lotura ikusi da muturreko indarkeriaren eta tratamenduaren hasiera atzeratzearen artean (Large & Nielssen, 2007; Nielseen & Large 2010).

Bestetik, Yee et al. (2011) egileek, “Severe non-lethal violence during psychotic illness” izeneko artikuluan diote lotura dagoela psikosi eta indarkeria larriaren artean, eta heriotza eragin dezakeen indarkeriarekin lotutako faktoreak indarkeria ez larriarenak ez direla, beste batzuk baizik. Hortaz, indarkeria letala tratatu ez diren eta nahiko larriak diren sintoma psikotiko ekoizleekin lotuta daudela adierazten dute; aldiz, maila arinagoko indarkeria legez kanpoko substantzien gehiegizko erabilerarekin eta nortasunaren ezaugarri antisozialekin dute lotura. Nielssen et al. (2011) egileek, ildo horretan, lehen gertaera psikotikoaren eta homizidioen artean lotura dagoela uste dute, eta letala ez den indarkeriaren gehiengoa tratamendu psikiatrikoaren hasieraren aurretik gertatzen dela diote.

2007ko ikerketan, Foley et al. egileek uste dute indarkeriak lehen gertaera psikotikoen % 29 eta % 65 bitartean gertatzen direla. Euren ustez, kasu gehienetan indarkeria txikiko gertaeretan sar daitezkeen ekintzak dira, eta besteengan lesio edo minik eragiten dituzten ekintza oldarkorren kasuan tasa horiek % 2,5 eta % 14 bitartera jaisten dira. Talde beraren aurreko ikerketa batean (Foley et al., 2005), lehen gertaera psikotikoagatik ospitaleko tratamendua edo tratamendu ambulatorioa jasotzen duten 157 gaixoen lagin batean, 46k jarrera oldarkorrek izan zituztela ikusi zen. Ezaugarri oldarkorreko ekintza Buruko Osasunarekin harremanetan jarri aurreko astean gertatu zen haietako 21etan; 12tan hurrengo astean, eta gainerako 13etan bi aldietan. Laginean, 35 gaixok indarkeria beraien buruarekiko edo euren gauzekiko azaldu zuten; 22k besteekiko, eta kasu bakar batean eragin zituzten lesio larriak. Generoari dagokionez, gaixoen % 36 gizonezkoak ziren eta % 21 emakumeak. Egile horiek ondorioztatu zuten tratamendu psikiatrikoarekin hasi aurretik erabilitako indarkeria nahi gabeko ospitaleratzeekin eta substantzien gehiegizko kontsumoarekin dagoela lotuta; tratamendua hasi ondorengo indarkeria, aldiz, insight gabeziarekin, substantzien gehiegizko kontsumoarekin eta psikopatologia akutuaren presentziarekin dago lotuta.

15 ikerketako meta-analisi batean, non lehen gertaera psikotikoko 3.294 gaixoren lagina erabili zen, Winsper et al. (2013) egileek Buruko Osasun Zerbitzuekin harremanetan jarri aurretik eta ondoren eraso larriren bat gertatu izana aztertu zuten. Buruko Osasunarekin harremanetan jarri aurretik % 28an gertatu zela ikusi zen, % 31ean harekin harremanetan jarri ondoren. Eraso larrien kasuan, harremanaren aurretik % 16an izan zen eta % 13an ondoren. Emaitza horien arabera, egile horiek ondorioztatu zuten jarrera oldarkorrak ugariak zirela lehen gertaera psikotikoetan zehar, eta ez dagoela alde handirik tratamendua hasi aurretik eta ondoren.

Azkenik, Látalovák (2014), “Violence and duration of untreated psychosis in first-episode patients” artikuluan dio indarkeria moderatua eskizofrenia diagnosis duten gaixoen % 3,6an gertatzen dela, aldiz, lehen gertaera psikotikoko gaixoen % 16,6an.

## **5.2.2 Indarkeria tratamenduaren aurretik eta ondoren**

Large et al. (2011) egileak egindako meta-analisi batek dio lehen gertaera psikotikoan zehar hiru gaixotik batek egiten duela ekintza oldarkorren bat. Aldiz, Dean et al. (2007), Harris et al. (2010), Humphreys et al. (1992), Steinert et al. (1999), eta Volavka et al. (1997)an egindako ikerketetan ikusi denez, gutxieneko balioaren eta gehienezko balioaren arteko % 5 urkilara jaisten da portzentajea.

Halere, are garrantzitsuagoa da delitua egiteko joerari dagokionez, psikosiaren aurkako tratamenduarekin hasi aurretik gehien errepikatzen diren delituen motak ikertzea. Large et al. (2011) egileek, “Violence in first-episode psychosis: A systematic review and meta-analysis” izeneko artikuluan, zeina Schizophrenia Research aldizkarian argitaratu zen, indarkeria arina kalte fisiko larrikeria eragiten ez duten objektuen edo pertsonen aurkako indarkeria fisiko gisa deskribatzen da; indarkeria moderatua lesioaren bat eragiten duena, armak erabiltzen dituen edo sexu-konnotazioa duena, eta larria ospitalizazioa beharrezkoa duten lesio larriak edo behin betiko kalte fisikoa eragiten duena. Oro har, indarkeria larrikeria sartzen diren delituak ez dira oso ohikoak, indarkeria arineko delituen ondoan. Meta-analisi honen emaitzek agerian uzten dute lehen gertaera psikotikoko gaixoen jarrera oldarkorren bat izan zutela tratamendu psikiatrikoarekin hasi aurretik, baina horien artean %1k baino gutxiagok egin zituztela delitu oldarkor larriak. Beraz, gaixo hauek egiten dituzten delitu oldarkor gehienak arinak izaten dira, eta ohikoenak intentsitate ertainekoak. Oso gutxitan gertatzen dira



larri gisa sailkatutakoak (homizidioa lehen gertaera psikotikoa duten 630 gaixotik lehen gertatzen da).

Schizophrenia Research-en argitaratutako artikuluan, Langeveld et al. (2014) egileek ondorioztatzen dute lehen gertaera psikotikoa tratamenduarekin hasi aurretik zuten gaixoengan indarkeria-tasa altuak gainerako biztanleriaren ohiko tasara arte jaisten dela. Egile horiek zehazten dute 10 urtez jarraipena egin ondoren, gaixo horiek ez direla biztanleria osotasunean aztertuta baino arriskutsuagoak, legez kanpoko drogak hartzen ez dituzten bitartean.

Stevens et al. (2012) daniar ikerlariak Buruko Osasuneko arreta zerbitzuarekin harremanetan jarri aurretik gaixoen jarrera oldarkorrak ikertu zituen, eta gizonezkoetan indarkeria motaren batentzat 2,91eko arrisku erlatiboa (RR) aurkitu zuen, eta 3,47koa emakumeetan. Horrez gain, lotura sendo zegoela ondorioztatu zuen jarrera oldarkorraren eta ondorengo zerbitzu psikiatrikoekin harremanetan jartzearen artean.

Bestetik, Fazel et al. (2009) egileek tratamendu psikiatrikoaren hasieraren ondoren aztertu zuten indarkeria, eta 2,0 odd ratioa aurkitu zuten eskizofrenia diagnosis zuten gaixoentzat kontroleko pertsona osasuntsuen aldean. Ikertzaile horiek arrisku handiagoa dagoela uste dute substantzien gehiegizko erabilerarekin bat egiten dutenean.

Nielsen eta Large-k, "Rates of homicide during the first episode of psychosis and after treatment: a systematic review and meta-analysis" izeneko meta-analisan, zeina Schizophrenia bulletin aldizkarian argitaratu zen 2010ean, zehazten dute lehen gertakari psikotikoan dauden naive gaixoen kasuan homizidioak 1.000tik 1,59ko tasan gertatzen direla. Aldiz, 1.000tik 0,11n tratamendua hasi dutenetik. Aldiz, Winsper et al. (2014) egileek egindako beste meta-analisi batek ez ditu alde handiak aurkitzen tratamenduaren aurretik eta ondorengo indarkerian.

Bukatzeko, Látalováren (2014) ondorioa da arestian aipaturiko ikerketak bere osotasunean aztertuta, agerian geratzen dela espektro psikotiko orokorreko gaixotasunak, eta eskizofrenia bereziki, lotuta daudela indarkeriari tratamenduaren aurretik eta ondoren.

### 5.2.3 DUParen eta indarkeria mailaren arteko erlazioa

“Abordaje Integral de las Fases Iniciales de la Psicosis” liburuan, Segarrak (2013, 10. Orr.), DUP (Duration of Untreated Psychosis) delakoa honela definitzen du: “lehenengo sintoma psikotiko positiboa agertzen denetik (hainbat egileren arabera haluzinazioak, delirioak, jarrera bitxiak, pentsamoldearen aldaketa formalak), intentsitate eta iraupenaren arabera larritasun desberdinarekin, psikosiaren aurkako tratamendua hasten den arte igaro den denbora”.

DUP gaixoaren arabera alda daitekeen arren, hainbat ikerketak urte 1 edo gehiagoko batez bestekoa zehazten dute (McGlashan et al., 2000). Hainbat egilek iradoki dute sintoma psikotikoak hainbat hilez edo urtez mantentzeak funtzionamendu soziala, lanekoa eta pertsonen artekoa hondatzen diola gaixoari (Melle et al., 2004). Gainera, tratatu gabeko psikosiaren iraupena moldatze psikosozial okerragoarekin lotzen dute: helbiderik ez izatea, delituak eta ekintza oldarkorrak, estigmatizazioa, gizarte bazterketa, autoestimua baxua, laguntza sozialen murrizketa eta ospitaleratze gehiago. Ildo horretan, psikosiaren lehenengo gertaeren inguruko ikerketa gehienek DUP luzearen eta epe laburrean emaitza eskasagoen arteko lotura ikusten dute (Johnstone et al., 1986; Black et al., 2001). Beste batzuek, aldiz, aurkikuntza hori zalantzan jarri dute (Linszen et al., 1998; Barnes et al., 2000), eta baita DUPa pronostiko independenteko faktore gisa hartzea ere, haren konfigurazioan eta sorreran aldagai ugari hartzen baitute parte (Segarra, 2013, 10. orria).

2004ko lanean, Melle et al. egileek zioten tratatu gabeko psikosiak zenbat eta luzeagoak izan psikopatologia puntuazio altuagoetara iristen zirela; ondorioz, tratatu gabeko psikosien iraupenak (DUP) eragina duela psikopatologian eta psikosiaren lehen gertaera agertzean.

Aldiz, ezer gutxi dakigu lehen gertaera psikotikoko indarkeriaren eta DUParen arteko erlazio zuzenari buruz (Foley et al., 2007). Zenbait ikerketen arabera, psikosiaren eta indarkeria bitartezko delitugintzaren artean lotura fin baino sendoa dago (Arseneault et al., 2000; Elbogen & Johnson, 2009; Fazel et al., 2009a; Modestin & Ammann, 1996; Wallace et al., 2004), eta lehen gertaera psikotikoa berez indarkeriarako arrisku-faktorea dela ikusi da, tratamenduaren aurreko edozein modutako indarkeriaren eta delinkuentziaren ondorioz (Large et al., 2010). Azken egile horien arabera, horrek “ondorioak ditu buruko osasun arreta zerbitzuetan, tratatu gabeko psikosien iraupena

(DUP) herrialde aurreratuetan sarri urte bat baino gehiagokoa izaten delako, eta denbora horretan zehar, tratatu gabeko gaixoek ekintza oldarkorrak egiteko arrisku handiagoa dutelako”. Beraz, tratatu gabeko aldietan delitu gehiago egiteko joera handiago hori pizgarria da Buruko Osasuneko profesionalek gaixoak ahalik eta azkarren tratatzeko. Zentzu horretan, Large et al. (2011) egileek tratatu gabeko psikosien denborak (DUP) lotura garrantzitsua duela uste dute edozein mailatako indarkeriarekin, homizidioak barne, eta lehen gertaera psikotikoa berez indarkeriarako arrisku-faktorea dela diote.

Halere, lotura honen inguruan ezadostasun handiak daude. Zenbait ikertzaileren ustetan lotura positiboa dago, estatistika aldetik adierazgarria, tratatu gabeko psikosiaren (DUP) eta jarrera oldarkorraren eta haren larritasunaren artean (Verne et al., 2005); beste batzuen ustetan, aldiz, ez dago loturarik (Foley et al., 2007) eta, are gehiago, beste batzuek erlazio hori negatibo eta adierazgarria dela diote.

#### **5.2.4 Jarrera oldarkorrari lotutako psikopatologia**

Gaixoek gertaera oldarkorra gauzatzeko unean izan zitekeen psikopatologiari dagokionez, Large et al. (2011) aldartearen eta liskar-gogoa igotzea jarrera oldarkorrekin lotuta daudela ikusi da.

“Aggressive behavior at first contact with services: finding from the AESOP first episode psychosis Study” argitalpenean, zeina Psychological Medicine aldizkarian argitaratu zen, Dean et al. (2007) egileek oinarritzat hartzen dute AESOP ikerketa (Etiologia eta Etnizitatea Eskizofrenian eta bestelako Psikosietan) batez besteko 30,82 urteko 495 gaixoko laginarekin, zeinei egindako diagnosian eskizofrenia zutela ikusi zen gehienetan (% 72,5). Egile hauen aurkikuntzen artean nabarmendu beharra dago gaixoen % 39,2n lehenengo balorazio psikiatrikoa jasotzeko arrazoi nagusia jarrera oldarkorra izan zela. Beraz, lotura handiagoa aurkitu dute jarrera oldarkorraren eta gizonezkoen, adin goiztiarraren (29 urtetik behera), mania diagnosia eskizofrenia baino gehiago eta aurretiko jarrera oldarkorreko aurrekarien artean. Aldiz, Nielssen et al. (2007) egileek (Yee et al., 2011 bildua), 661 erasotzaileko lagin batean mania klinika bik bakarrik zutela ikusi zuten, beraz, haien ondorioa mania jarrera oldarkor larriarekin lotuta ez zegoela izan zen.

Bestetik, Muncker et al. (2009) egileek, “History of offending behavior in first episode psychosis patients: A marker of specific clinical needs and call for early detection strategies among Young offenders” lanean, zeina Schizophrenia Research aldizkarian argitaratu zen, jarrera oldarkorra sintoma negatiboak sintoma positiboen mende egotearekin lotu zuten (1,9 eta 2,3 bitarteko OR), eta sintoma positiboen artean jarraipen pertsekuzio-delirioa, zelotipia eta haluzinazioak izatea nabarmentzen ziren.

### **5.2.5 Indarkeriari lotutako beste faktore batzuk**

Ikertzaileentzat deigarria den beste alderdi bat lehen gertaera psikotikoarekin lotutako faktoreak dira. Ildo horretan, Harris et al. (2010) egileek lotura moderatuak aurkitu zituzten (OR>2,5) borrokarako joeraren, sintoma maniakoaren, auzitegiko historia eduki beharraren (non iraganean indarkeria aurrekariak zeuden), nahitaezko tratamendu beharraren eta indarkeriaren artean. Bestetik, Milton et al. (2001) ikertzaileek lotura ahulak aurkitu zituzten (OR 1,5-2,5) edozein motatako indarkeriaren eta hurrengo kausen artean: hezkuntza-maila baxuagoa, adin txikia, gizonezkoa, legez kanpoko drogen kontsumoa eta tratatu gabeko psikosiaren iraupena (DUP). Gai horren inguruan, Largek (2010) auzitegiko historia, tratatu gabeko psikosiaren iraupen luzea eta psikopatologia maila altuak izatea direla indarkeria larrienarekin lotuta daudenak.

Bestetik, Muncker et al. (2009) ikerlariek ikusi zuten 477 gaixoen lagin batean jarrera oldarkorren bat kasuen % 30ean aurkitzen zela, eta hurrengo faktoreekin lotu zuten: gizonezko izatea, estatus sozial baxua, eskola-etekin baxua eta substantzien gehiegizko kontsumoa. Ildo berean, Hodkiss et al. (2011) ikertzaileek ere, indarkeriaren eta gizonezko izatearen, doikuntza premorbido okerraren, adimen-maila baxuaren eta ikasketa etekin txarraren artean lotura zegoela ondorioztatu zuten.

Horren inguruan, Swanson et al. (2006) ikerketak dio gizonezko izatea ez dela, berez, lehen gertaera psikotikoa duten gaixoen artean indarkeria larrirako arrisku-faktorea. Beraz, lan honen ondorioak nazioko ikerketaren lerrotik doaz, zeinetan hainbat faktore kliniko indarkeriaren faktore ez hain larriei eta indarkeria faktore larriei lotuta daudela ikusi zen (Large et al., 2010). Bestetik, indarkeria serioenari lotutako beste faktore bat ere, hau da, gaixoek tratamendurik jaso gabe zenbat denboraz bizi izan dituzten sintomak, xehetasun handiz aztertu da. Nielssen et al. (2007) eta Large eta

Nielssen (2008) ikerketen arabera, tratatzen ez diren psikosiak eta tratamendua atzeratzea homizidioari lotutako faktoreak dira (Large et al., 2010).

Indarkerian eragin handiena duten faktoreen artean dago lehen gertaera psikotikoa jasaten ari diren gaixoen nahitaezko tratamendua. Nahitaezko tratamendua jaso ahal izan aurretik jurisdikzio askotako buruko osasuneko legeriak gaixoak beraien buruarentzako zein besteentzako arriskutsuak diren ebaluatzea eskatzen dutelako gerta daiteke hori (Large et al., 2010).

Singh et al. (2013) ikertzaileek jarrera oldarkorrak esku-hartze goiztiarreko zerbitzuan sartu ondoren jarraitzen duen ebaluatu zuten. Ondorioa izan zen delitugintza premorbidoaren maila altuek zuzenean areagotzen dutela jarrera oldarkorreko arriskua, psikosiarekin lotutako arrisku-faktoreak direnak direla. Hortaz, gaixotasunarekin eta tratamenduarekin lotutako arriskuak baloratzeaz gain, ezaugarri antisozialak ere hartu beharko liritekeela kontuan FEP zeharreko indarkeria arrisku sendo gisa.

Látalová (2014) egileak, bestalde, uste du indarkeriaren eta lehen gertaera psikotikoen arteko loturan bi kasu gerta daitezkeela:

- Haurtzarotik/gaztetatik jarrera arazoak izan dituzten gaixoak, non jarrera oldarkorra substantzien kontsumoarekin dagoen lotuta gehienbat.
- Aurrekari horiek ez dituzten gaixoak, non jarrera oldarkorra sintoma psikotikoekin dagoen lotuta.

Large et al. (2011) egileek hainbat faktore azaltzen dituzte, zeinak emaitzen arabera, lehen gertaera psikotikoko indarkeria mota orori omen dauden lotuta: gaztea izatea, hezkuntza-maila baxua izatea, jarrera oldarkorren aurrekariak izatea eta toxikoen gehiegizko erabilera.

Toxikoen gehiegizko erabilerari dagokionez, lehen gertaera psikotikoko gaixoen erdiak kalamuaren gehiegizko erabilera edo mendekotasuna du, eta alkoholarekin ere pareko proportzioa ikusi da (Kovaszny et al., 1997; Kamali et al., 2009; Wisdom et al., 2011). Baxuagoak dira, baina adierazgarriak, kokaina, anfetamina, barbituriko eta beste hainbat drogaren kontsumoari dagozkien datuak. Tratamendu psikiatrikoa hasi ondoren kontsumo toxikoekin jarraitzen duten gaixoak sintomatologia areagotzearekin, tratamendua uztearekin eta ospitaleratze edo berriro erortzearekin lotu dira. (Wisdom et al., 2011).

Mazzoncini et al. (2010) ikertzaileek, *Acta Psiquiátrica Escandinava* aldizkarian argitaratutako artikulu batean ondorioztatu zuten lehen gertaera psikotikoko 511 gaixotan biztanleria orokorrak baino hiru edo bost aldiz gehiago kontsumitzen zituztela. Gainera, egile horiek substantzia horien kontsumoa doikuntza sozial okerragoarekin eta gaixoaren hasieraren agerraldi larriagoarekin lotu zuten.

Archie et al (2007) ikertzaileek esku-hartze goiztiarreko programa baten hasierako lehen gertaera psikotikoko gaixoetan substantzien gehiegizko erabileraren prebalentzia eta jarraipenak irauten duen 12 hile ondorengo biztanleria orokorraren datuekin alderatu zituzten. 200 gaixoko lagina dute (% 80 gizonak, batez besteko 24 urtekoak). Hartan oinarrituta, tratamendua hasi aurretik, kalamuaren erabilera eta alkoholaren kantitate altuen erabilera biztanleria orokorraren antzerakoa da. Baina, lehen gertaera psikotikoa izan duten gaixoei haluzinogeno eta kokaina gehiago kontsumitzen dute. 12 hileko tratamenduaren ostean, toxikoen kontsumo-maiztasuna nahiko jaisten da sarri debutaren unearen aldean.

Bestetik, Foley et al (2005) ikertzaileek ikusi zuten lehen gertaera psikotikoko 157 gaixoen lagin batean, jarrera oldarkorra zutenek nahitaezko ospitaleratzeak behar izateko aukera gehiago zituztela eta Buruko Osasun arloarekin harremanetan jarri aurreko hilean toxiko gehiago kontsumitzen jarraitu zutela.

Ramsay et al. (2011) egileek, 102 gaixoren lagin batean atxiloketa eta espetxeratze tasa handiagoa aurkitu zuten, eta honekin erlazionatu zuten: gizonezkoa izatea, doikuntza premorbido okerra, hezkuntza-maila baxua, problematika sozialeko tasa handiagoak eta sintomatologia psikotikoaren hasiera goiztiarra, eta kalamuaren kontsumoa.

Marion-Veyron et al. (2014) ikertzaileek, "History of offending behavior in first episode psychosis patients: A marker of specific clinical needs and call for early detection strategies among Young offenders" artikuluan, zeina *Schizophrenia Research* aldizkarian argitaratu zen, adin ertaineko 647 gaixoren lagin batetik abiatu ziren, zeinaren psikosiaren hasiera 21,3 urterekin hasi zen eta haietako % 40 eskizofrenia diagnosiarekin, eta hurrengo diagnosi ohikoena nahasmendu eskizofreniformea zutela (% 19,2). Egile hauek ikusi zuten laginaren (187 gaixo) % 28k jarrera oldarkorraren aurrekariak zituztela, eta gaixo oldarkorreko ezaugarriak dituzte tratamendu psikiatrikoa hasi aurretik eta ondoren:

- Tratamendu psikiatrikoa hasi aurretik indarkeriarekin lotutako aldagaiak:
  - o Gizonezkoa.
  - o Doikuntza premorbido baxua.
  - o Tratatu gabeko psikosiaren iraupen luzeagoa (DUP)
  - o B klusterreko Nortasunaren Nahasmenduaren diagnosi komorbidoaren probabilitate handiagoa.
  - o Substantzien gehiegizko erabilera historia (kalamua eta politoxikoak gehienbat).
  - o Suizidio-ahaleginen aurreko historia.
  - o Jazarpen fisikoak jasan edo ikusi izanaren aurrekariak.
  - o Doikuntza psikosozial okerragoa.
  - o Insight okerragoa.
  
- Tratamendu psikiatrikoa hasi ondoren indarkeriarekin lotutako aldagaiak:
  - o Ospitalean ingresatzeko probabilitate handiagoa tratamendua hasi denetik.
  - o Tratamenduari gutxiago atxikitzea.
  - o Aldizka ariketak egiteko probabilitate txikiagoa.

## **5.3 Indarkeria eta lehenengo gertakari psikotikoak genero ikuspegitik**

### **5.3.1 Lehen gertakari psikotikoa eta generoa**

Hainbat meta-analisan ikusienez, PEPa izatearen tasa handiagoa da gizonezkoetan (ertaina: 15,0, % 80 CI 6,6-24,8) emakumeetan baino (10,0, % 80 CI 3,0-21,8) eta gizonezko/emakume ratioa 1,42 da (0,9-2,4) (Aleman et al., 2003; MacGrath et al., 2008; Cascio et al., 2012).

Emakumeetan nahasmendu psikotikoa berandu hasten da (25-35 urte; gizonezkoetan, aldiz, 18-25) (Gureje et al., 1991). Castle et al. (1998) eta Ochoa et al. (2006) besteak beste, bi tontor deskribatzen dituzte emakumeak hasteko uneari dagokionez: lehena menarkian eta, bigarrena, 40 urtetik aurrera. Ildo horretan, eskizofrenia tasa emakumeengan handiagoa dela ikusi da gaixotasunaren hasiera 50 eta 68 urteren bitartean hasten denean (Thorup et al., 2007). Aldiz, beste ikerketa batzuetan ikusienez, ez dago estatistikoki alde nabarmenik gaixotasunaren hasieraren eta sexuari dagokienez (Addington et al., 1996)

Hainbat ikerketatan ikusi da gizonezkoen aldean, emakumeek behar dutenean laguntza eskatzeko probabilitatea handiagoa dela, beraz, DUP laburragoa izaten dute (Galdas et al., 2005). Egileek emaitza horiek azaltzeko emakumeek sufrimenduaz eta arazo emozionalaz jabetzeko ahalmen handiagoa duten hipotesian oinarritzen dira, hori dela eta, sintoma psikotikoak dituztela lehenago konturatuko lirarteke eta. Køster et al. Ikertzaileek, "Gender differences in first episode psychosis" artikuluan, zeina Social psychiatry and psychiatric epidemiology aldizkarian argitaratu zen 2008an, DUP luzeagoak aurkitu zituzten gaixo emakumeengan. Emaitza honen ondorioz uste zuten emakumeek sintomekin denbora gehiago eman dezaketela osasun zerbitzuekin harremanetan jarri gabe, oro har jarreraren alterazio gutxiago izaten dituztelako alkoholaren eta beste toxikoen kontsumoaren eraginez. Kessler et al. (1981) ikertzaileek, bestetik, ikusi dute gizonezkoek laguntza atzeratzen dutela gaixotzen direnean eta, ondorioz, DUP luzeagoarekin eta pronostiko txarragoarekin lotzen dituzte. Aldiz, adierazpen horien aurka, Nolen-Hoeksema (2012) ikertzaileak, erregulazio emozionala eta generoa aztertu zuenean, erregulazio emozionalaren eta hari lotutako psikopatologiaren alderik ez dagoela ikusi zuen bi generoen artean.



Generoaren eragina sintomatologian aztertzen duten ikerketetako emaitzak ez dira erabakigarriak (Ochoa et al., 2012; Usall et al., 2000). Estatistikoki adierazgarriak diren emaitzak aurkitu dituzten ikerketetan ikusi denez, gizonezkoek sintoma negatibo larriagoak dituzte (Køster et al., 2008; Sthasel et al., 1992; Turetsky et al., 1996; Riecher-Rössler et al., 2000) eta baita antolaketa eza maila handiagoak ere (Galderisi et al., 2012), eta emakumeek depresio-sintoma gehiago dituzte, eta baita antsietate (Morgan et al., 2008; Cotton et al., 2009) eta haluzinazio gehiago ere (Thorup et al., 2007). Halere, beste ikerketa batzuetan, ez da estatistikoki alde handirik aurkitu Schneiderren lehen tarteko sintomak baloratzeko orduan (Køster et al., 2008).

Sexuaren arabera lehen gertaera psikotikoen diagnosia zehazteko orduan alborapena egon daitekeenari dagokionez, Beauchamp et al. (2004) egileek ondorioztatu zuten psikosia duen gizonezko batek eskizofreniaren diagnosia jasotzeko 1,7 aldiz probabilitate handiagoa duela, eta psikosia duten emakumeek 2,1 aldiz probabilitate handiagoa dute, aldiz, diagnosia nahasmendu afektiboa sintoma psikotikoekin izateko. Napal eta Saenzek (2013), emaitza horiek ikusita, emakumeek amorrua, oldarkortasun eta jarrera arazo gutxiago izaten dituztela, beraz, ingurunean ez dutela hainbeste arreta ematen. Ezaugarri horiengatik, “hobeto toleratzen” dira eta afektu-espektroan etiketatua izaten dira (depresio-gaixo gisa) azpian nahasmendu psikotikoa badago ere. Hortaz, “gizonezkoetan negatibotzat ematen den klinika emakumeetan afektibotzat hartzen da, hari dagokion diagnosi/terapiarekin, edo, esaterako, gizonezkoengan emakumeengan baino hobeto onartzen den oldarkortasunaren adierazpena, edo “egokitzapen premorbido onaren “ eratorria, non ugalkortasuna eta ezkon-egoera barne, zeinen itxaropen “soziala” desberdina izaten den bi generoetan.

Lagerberg et al. ikertzaileek, “Excessive cannabis use is associated with earlier age at onset in bipolar disorder” artikuluan, zeina European archives of psychiatry and clinical neuroscience aldizkarian argitaratu zen 2011n, sexuen arteko aldeak aztertu zituzten gertaera maniako batekin hasi ziren lehen gertaera psikotikoen artean (Cotton et al., 2013) eta hauxe izan zen haien ondorioa: gizonezkoek kontsumo toxiko maila handiagoa dute, kalamua bereziki, nahiz eta ez zen estatistika aldetik alde adierazgarriarik aurkitu alkoholaren eta substantzia anitzen kontsumoari dagokienez (OR=13,41,  $p<.001$ ), beraz, beste egile batzuekin bat datoz (Cotton et al., 2009; Køster et al., 2008; Degenhardt et al., 2008). Cotton et al. (2013) ikertzaileek ere ikusi zuten legearekin arazo gehiago izaten dituztela gizonezkoek (OR=4,71,  $p=0,037$ ), eta

emakumeek sexu-jazarpenak jasan izateko joera handiagoa dutela (OR=7,12, p=0,001), kontuan izanda haurtzaroko jazarpen fisikoa eta sexu-jazarpena suizidio jarrera errepikatuan eta norberari lesioak eragitearekin lotuta dagoela, modu independentean (Kring et al., 2008). Ez da alderik aurkitzen generoan gaixotasunaren hasierari dagokionez. Cotton et al. (2013) ikertzaileek ere gizonezkoek funtzionamendu okerragoa izan ohi dutela adierazten dute (OR=0,96, p=0,045), beste hainbat egilek, besteak beste Chang eta Cols, 2013an bat datoz horrekin, zeinak gizonezkoek egokitze premorbidu txarragoa dutela adierazten duten (Morgan et al., 2008; Norman et al., 2005; Preston et al., 2002), zeina PEPren 2 eta 3 urtera sintoma negatiboen larritasun handiarekin lotzen duten, DUPa nahi dena delakoa ere.

Ildo horretan, hainbat ikerketek islatu dute emakumeek oro har gaixotasunaren pronostiko hobea dutela, eta gizonezkoek baino gertaera akutu laburragoak, ospitaleratze gutxiago eta laburragoak, eta krisialdien artean tarte luzeagoak izaten dituztela (Køster et al., 2008; Kohler et al., 2009), egokitzapen sozial hobea eta gizonezkoek baino ezintasun txikiagoa oro har (Chaves et al., 1993; Usall et al., 2002). Nepal eta Saenz (2013) ikertzaileek hurrengo hausnarketa egiten dute honen inguruan: “gure ikuspuntutik bi adierazpen horiek kontraesankorrak dira. Batetik, emakumeek gaixotasuna hobeto onartzen dutela esan nahi du hauek tratamendua lehenago bilatzen dutela, baina gehiago tardatzen dutela ere. Gure ikuspuntutik, uler dezakegu tradizioz “esaneotasuna” eta “sumisioa” emakumeei esleitu izan zaizkien rolak direla, eta horrek hainbat gaixo emakume errazago maneiatzea eragin dezaketela, oldarkortasun gutxiagorekin, eta beranduago ere tratamendua hartzen hasteko errazago dela, ingurunean arreta eman ez dutela, “depresioa” zutela uste zutelako gaixotasunaren sintoma negatiboen ordeztu, eta gizartean zein lanean gutxiago ekartzea espero delako, baina baita toxikoen kontsumoa ugariagoa delako gizonezkoengan, eta emakumeengan gaizki ikusten delako, nahiz eta askotan lasaigarriak kontsumitzen dituzten sarri norbere burua medikatzeko, eta ez gizonezkoen kasuan bezala, helburu hedonikoekin eta dibertitzeko.”

Azkenik, badago emakumeek diagnosiaren ondoren tratamenduarekin erantzun hobea lortzen dutela egiaztatzen duen probaren bat (Szymanski et al., 1995). Tratamenduari erantzun hobe eta azkarrago hori psikosiaren aurkako medikazioarekiko estrogenoen dopaminaren aurkako efektu babesle eta indartzailearen ondorioz izan daiteke (Usall et al., 2007) eta baita emakumeek euren buruari gehiago erreparatzen

diotela eta euren gorputz eta buruen kontzientzia handiagoa dutenaren ondorioa ere (Brabban et al., 2009; Kring et al., 2008).

### **5.3.2 Indarkeria arriskua eta generoa**

Nahasmendu psikotikoa duten emakumeen hauskortasunari buruko gaixotasunak indarkeria arriskuan duen eragina gehitzen badiogu, talde hau testuinguru interesgarria bihurtzen du ikerketarako (Dean et al., 2006). Nahasmendu psikotiko bat edukitzeak indarkeria arriskua areagotzen du oro har (Arseneault et al., 2000), nahiz eta argi dagoen psikosiak indarkeria arriskuan duen eragina handiagoa dela emakumeentzat gizonezkoentzat baino (Holdings et al., 1996; Hiday et al., 1998; Wessely, 1998). Halere, nahiko ikerketa gutxi egin dira psikosia duten gaixoen generoaren eta indarkeriaren arteko loturaren inguruan. Oro har, jakin badakigu psikosia duten banakoen arteko indarkeria-arriskua substantzia komorbidoen erabilera okerrarekin (Swanson et al., 1990), tratamendua ez jarraitzearekin (Swartz et al., 1998), nortasunaren nahasmendu komorbidoarekin (Moran et al., 2003) eta sintoma psikotiko positiboekin (Link et al., 1998) dagoela lotuta. Aldiz, nahasmendu psikotikoren baten diagnosia duten gaixoen generoari eta indarkeria-arriskuari lotutako faktore zehatzak hobeto aztertu behar dira.

Ikerketa gutxitan aztertu da nahasmendu psikotikoren baten diagnosia duten banakoengan generoaren eragina zein den. Ikerketa ezagunenen batean, MacArthur-en Indarkeria-arriskuaren Ebaluazioa delakoan, hain zuzen ere, gizonezkoek lesio larriak eragiten dituzten indarkeria ekintzak egiteko joera handiagoa dutela ikusi da. Emakumeengan, aldiz, senideak erasotzea eta jarrera oldarkorrek etxean edukitzeko joera da nagusi (Robbins et al., 2003). Azken horien kasuan, ikerketa berean ikusi da ospitaletik irten eta lehenengo 20 asteetan, eskizofrenia, nahasmendu bipolarra edo beste psikosiren baten diagnosia jaso duten emakumeen % 7,14k burutu zuela ekintza oldarkorren bat. Ospitaletik irten eta jarraipena beste urte batez egiten bazen, % 24,6ra iristen zen portzentajea (Dean et al., 2006). British Journal of Psychiatry aldizkarian (2006) argitaratutako ikerketan, Dean et al. ikertzaileek emakume oldarkorrek gaixotasunaren hasieran zituzten ezaugarriak xehetasun handiagoz aztertu zituzten. Ikerketa hartan, oldarkorrek ziren emakumeak eta ez zirenak bereizi zituzten, eta ikusi zuten, oldarkorrek zirenek gaixotasuna lehenago hasteko joera zegoen (30 urtetik

behera), eta Cluster B komorbido nortasun nahasmendu diagnostika izaten zuten, ezintasun, psikopatologia eta asetu gabeko behar altuagoak.

Ondoriozko indarkeria aurreikusteko orduan jarrera oldarkorren biktima izana faktore garrantzitsutzat hartu da (Tardiff et al., 1997) eta etorkizuneko indarkeria aurreikusteko erabiltzen diren arrisku-faktore estatikoetako bat dela ikusi da (Steinert, 2002). Psikosia duten 304 emakumeko lagin batean, Dean et al. (2006) ikertzaileek ikusi zuten indarkeriarik gabeko delitu baten historiak ez duela delitu oldarkorra egiteko arriskua aurreikusten, beraz, egileek ondorioztatu zuten delituak egiten dituzten psikosia duten emakumeek bizimodu kriminaleko bizi-estiloaren barruan egiten dutela. Egile horiek ikusi zuten biktimizazioak modu independentean aurreikusten duela indarkeria jarraipenak irauten duen aldian, nahiz eta lortutako emaitzak adierazgarriak ez ziren adinean egindako doikuntza baten ondorioz. Aurrerago Erresuma Batuan egin zen beste ikerketa batean, zeinaren xedea zen laginaren biktimizazioa zehaztea (Walsh et al., 2003), ikusi zen psikosidun gaixoen (gizon zein emakume) % 16k aurreko urtean zehar indarkeria-biktimak izan zirela esaten zutela, eta haiekin lotuta sintomen larritasuna, etxerik ez edukitzea, substantzien gehiegizko erabilera, nortasunaren nahasmendu komorbidoa eta aurreko jarrera oldarkorra ere egiaztatu zen. Emaitza horiek ikusita, biktimizazioak jarrera oldarkorrekin bukatzen duten psikosidun emakumeen bizi-estiloaren eta ingurune sozialaren izaera kriminala berriz isla dezakeela ikusi da. Baina, jarraipenak iraun duten aldian biktimizatutako emakumeen % 35k bakarrik erasoak egin zituztela-eta, egileek ondorioztatu zuten ondorengo indarkeria aurreikusteko orduan biktima rola aldatzeko orduan aurki daitezkeen beste faktore batzuk ere kontuan hartu behar zirela. Bestetik, segurtasun-pertzepzioa ere biktimizazio eta indarkeriaren arteko bitartekaria ere izan daiteke, ikerketa honen emaitzen arabera, erasoak burutu zituzten emakumeak burutu ez zituztenak baino kexatiago zeudelako euren segurtasunarekin (Dean et al., 2006).

Psikosidun emakumeen indarkeriari buruz aztertu den beste alderdi bat etnia batekoa edo beste batekoa izateak eragina duen izan da. Hortaz, eskizofrenia diagnosiko banakoen talde batekin egindako ikerketa batean, Wessely-k (1998) ikusi zuen gutxiengo etniko batekoak izatea (afrikarra-karibekoa gehienbat) ekintza kriminalak egiteko zigor-arriskua areagotzen zuela, bai gizonetan bai emakumeetan. Bestetik, Dean et al. (2006) egileek ikusi zuten, etniaren eta B klusterreko nortasunaren nahasmenduaren arteko elkarrekintza oso lotuta dago jarrera oldarkorrekin. Ildo

horretatik, egile horiek ondorioztatzen dute jatorri etniko afrokaribearra duten emakumeek joera handiagoa dutela delituak egiteko eta, haien artean, Cluster B nortasun komorbidoko nahasmendua dutenek indarkeria erabiltzeko arrisku gehiago duela. Hala ere, ondoren egindako beste ikerketa batzuk ez datoz bat Dean et al. ikertzaileekin (2006). Hortaz, Moran et al. (2003), gaixoen lagin handiago batekin egindako ikerketa batean, non generoa kontuan hartu ez den, ez zen loturarik aurkitu nortasunaren nahasmenduen diagnosi komorbidoaren eta jatorri etnikoaren artean.

Etnia aldagaia alde batera utzita, jakina da nortasunaren nahasmendu komorbidoak indarkeria-arriskua areagotzen duela nahasmendu psikotikoko pertsonengan (Moran et al., 2003). Ikusi denez, nortasunaren nahasmendua sarri gertatzen da eraso larria burutu duten psikosidun emakumeengan (Putkonen et al., 2003). Zentzu horretan, Dean et al. (2006) ikertzaileek psikosia duten emakumeen lagin batean ikusi zuten Cluster B nortasunaren nahasmenduak (mugako nahasmendua, disoziala, histrionikoa eta inpultsiboa), bereziki, indarkeria aurreikusten duela. Horri lotuta, C taldeko nortasunaren nahasmenduak (obsesibo-kompultsiboa, mendekoa eta saiheskorra) jarraipenak irauten zuen aldian jarrera oldarkorraren aurka babesten zuela. Aldiz, ez da ikusi emakume oldarkorrek alkohol edo toxikoen kontsumo kaltegarri komorbidoa dutenik, eta ez da aurkitu loturarik indarkeriaren eta lan-egoeraren, ikasketa-mailaren edo egoera sozialaren artean.



# **IKERKETAREN ZERGATIA**

# 1. atala. IKERKETAREN ZERGATIA

## 1.1 Ikerketaren zergatia

“Psikosi” hitzak, sarritan, beldurra eta segurtasun eza eragiten digu. Hau Gizartearen zati handi batek psikosia indarkeriarekin erlazionatzeko joera duelako gertatzen da, komunikabideek askotan indartu egiten duten pertzepzioa izanik. Sarri askotan buru-nahaste larria pairatzen duten pertsonak iragarrezintzat, oldarkortzat eta sozialki desegokitzat hartu izan dira (Stuart, 2003; Angermeyer & Schulze, 1998). Hortaz, ez da harritzekoa pertsona hauek pairatzen duten estigma eta diskriminazioan ezaugarri nabarmenetakoa arriskutsuak izatearena dela (Arbach, 2007; Silver, 2006). Zentzu honetan, ohikoa bihurtu da deigarriak diren lerroburuak irakurri edo entzutea non, zuzenean edo zeharka, espektru psikotikoen nahasmenean (eskizofrenia kasu) eta indarkeriaren arteko erlazio kausal bat badela iradokitzen den (giza-hilketen moduko muturreko indarkeria, batez ere). Jarraian, nahiz eta kopuari dagokionez adierazgarriak izan ez, azaldu nahi dugunaren izaera adierazgarria erakusten ditugun zenbait adibide islatu ditugu:

- *“La madre del bebé asesinado en un hotel de Santiago confiesa por primera vez en el juicio. Presa de la esquizofrenia, asfixió a la cría al oír en su mente que era "la encarnación del mal (.../...)". La patología que padece es muy grave, ha demostrado su peligrosidad", ha defendido ante los jurados la fiscal, por eso exige para la acusada 25 años de internamiento en un psiquiátrico penitenciario. No como pena de prisión, advierte, sino "como medida de seguridad" (El País, 2016).*
- *“El “violador de la Diagonal” pide ir al psiquiátrico tras su nueva condena....el letrado de T.D.B. también pone de relieve la **psicosis esquizofrénica** que afecta a su cliente. «Mi defendido **cuenta con un certificado de minusvalía definitiva tal y como destacamos a lo largo del juicio**», indica el letrado, de acuerdo al cual interesa que si finalmente la Audiencia de Castellón confirma la sentencia del Juzgado de Lo Penal su patrocinado cumpla condena en un espacio adecuado para su minusvalía”. (El Mundo, 2016)*



- *“Una pariente enferma mental, sospechosa del crimen de Valencia...Una familiar con problemas mentales es la sospechosa detenida como presunta autora del homicidio de una niña de 10 años y su abuela de 62 de origen chino cometido este viernes en Valencia”* (El País, 2015).
- *“Un joven mata con arma blanca a sus padres en un pueblo de Toledo...El autor, que estaba diagnosticado de esquizofrenia, está a disposición judicial”* (El País, 2014).
- *“El 24 de marzo de 2015, el vuelo 9525 de Germanwings se estrelló en los Alpes franceses, matando a los 144 pasajeros y seis miembros de la tripulación que iban a bordo. En los días subsiguientes, los investigadores comenzaron a sospechar que el copiloto Andreas Lubitz había estrellado deliberadamente el avión. Y cuando se conoció que Lubitz tenía un historial de depresión algunos cuestionaron si pilotos con condiciones mentales similares deberían tener permitido volar”* (BBC, 2015).
- *“Scott Panetti (condenado a morir por el asesinato de sus suegros en 1992) llegó al tribunal vestido de vaquero, con un traje púrpura. Y, entre otros 200 nombres, citó como testigos a Jesucristo y al expresidente de Estados Unidos, John F. Kennedy....Se trató del alegato de un enfermo mental, diagnosticado con esquizofrenia por primera vez en 1978, cuando tenía 20 años, y hospitalizado 11 veces, la primera en 1981 y la última en 1992, por delirios y episodios psicóticos....Y es que el veterano de la Marina de 56 años está convencido de que las autoridades del estado forman parte de "un complot satánico" y que planean matarlo para que deje de predicar el evangelio.”* (BBC, 2014).

“Esquizofrenia en la prensa: ¿el estigma continúa?” artikuluan (Perez-Álvarez et. al., 2015) artikuluan, Revista Española de Neuropsiquatría aldizkarian publikatua izan zena, idatzizko komunikabideek “eskizofrenia” kontzeptuaz egiten duten erabileraz

hausnarketa sakona egiten da. Hartara, “eskizofrenia” hitzaren bilaketa bat egiten dute, sei egunkariren bilatzaile digitalen bidez, kontzeptu hau era metaforikoan egiten duten albisteak albo batera utzita. Zentzu honetan, egileek honakoa ondorioztatzen dute “Prentsan eskizofrenia daukaten gaixoei buruzko istorio negatiboak era neurrigabeaz azaltzeko joera dago. Horrez gain, ohikoa da eskizofrenia hitzaren erabilera laidogarria, buru gaixotasunarekin lotutako estigma bera indartzera daramana” eta, jarraian, honakoa aipatu “buru-osasunari eta bere asalduraren mito faltsuetan oinarritutako erreportaiak, gaixoen disfuntzio soziala azpimarratzen dutenak edo buru-osasuna eta indarkeriaren arteko asoziazioa bultzatzen dutenak, era argi batean diskriminazioa indartzen dute. Baina bada komunikabideek estigmazio hau indartzeko beste zeharkako bide bat ere, osasun mentalarekin erlazionatutako terminoen erabilera metaforiko eta zehaztugabea betikotuz... Eskizofrenia hitzaren erabilera inkoherentzia eta kontraesana esanahiaiaz, horren adibide litzateke. Argi geratu da gaixotasun baten etiologia misteriotsua edo ulertezina denean, sineskeria estigmatzaileen existentziaren islaren metafora bezala erabiltzeko joera handiagoa dago.” Honen harira onartu beharrekoa da Perez-Álvarez et al.-ek (2015) ikuskatutako artikuluen zati bat dibulgazio zientifikoari buruzko albisteetan oinarritzen zela, prentsaren helburua, kasu horietan bederen, desoreka honen aurrerapausu zientifikoak ezagutaraztea izanik. Hartara, Gizarteak buru nahasteen gainean, orohar, eta psikosiaren gainean, zehazki, duen ezjakintasuna ikusirik, ez da batere zentzugabea pentsatzea faktore honek ere zerikusia izan lezakeela albiste mota hauek ezagutarazteko garaian gertatzen diren zehaztugabetasunean eta hizkuntzaren erabilera desegokian. Zentzu honetan, sarritan psikosia eta psikopatia ere nahastu izan dira, psikopatologiaren gainean dagoen ezjakintasun nabariaren isla dena.

Halere ez dira gutxi buru osasuna nahasmenaz diagnostikatutako pertsonak bortitzak direla mito bat aldarrikatzen duten adituak, buru osasunaren alorrean asistentzia zerbitzuetan lanean diharduten kliniko gehienek uste dutenaren ildo beretik (Morera, 2001). Erlazio hau biztanle ikerketen bidez ikasi izan da, emaitza ezberdinak eta konklusio garbirik gabeak izanik. Alde batetik, zenbait ikerketek ondorioztatu dute ezaugarri bortitzeko gertaerek ez dutela buru nahasmena pairatzen duten pertsonen portaeraren errealitatea islatzen. Haien aburuz, portaera bortitz larriak pertsona hauetan ezohikoak dira eta ohikoagoa da buru osasuneko gaixoak indarkeriaren biktima izatea, beronen eragileak baino (Stuart, 2003; Arbach, 2007). Zentzu honetan, Mullen eta kideek (2000), The Lancet izeneko aldizkarian argitaratutako artikuluan, batean,

eskizofrenia bezalako buru nahasmen larri bat pairatzen duten pertsonen jarrera bortitz eta delitugileari buruzko interes hazkorra dagoela azpimarratzen dute. Egile hauen aburuz, interes hau fenomeno honi buruzko kontzientziaren ondorio da, jarrera hauen hazkunde bategatik dela erabat baztertuz. Hartara, asko dira buru nahasmena pairatzen duten pertsonak dauzkaten jarrera bortitzak ez direla gizarteak orohar dituenak baino handiagoak eta, halaber, jarrera hauen larritasun maila eskasa dela ondorioztatzen dute (Morera, 2001).

Aitzitik, beste zenbait adituk buru nahasmena pairatzea arriskuarekin elkartu ohi dute. Laurogeigarren hamarkadatik hasita, epidemiologia arloko zein kliniko-forense erako zenbait ikerketak jarrera bortitz handiagoak ikusi izan dituzte buru nahasmena pairatzen duten pertsonen artean, gizartearekin orohar alderatuz (Wessely, 1997). Ildo beretik, Fazel et al.-ek (2009) eginiko meta-analisan, honakoa ondorioztatu zuten: espekto psikotikoarekin zerikusia duten gaixotasunen bat pairatzen dutenek indarkeria arrisku handiagoa dute, sustantzien kontsumoarekin lotutako trastornoarekin komorbilitatea dagoenean arrisku hau handitzen delarik.

Halere, bada adituak elkarren artean ados dauden zenbait arlo ere. Hala, buru nahasmena pairatzen dutenek jarrera bortitzak izatea berrerortze zein birhospitaleratze sarriagoekin lotu izan da, bai eta anbulatorio tratamendu mugatuarekin (Arbach & Pueyo, 2007; Swanson et al., 2000). Era honetako jarrerek sufrimendua eta bizi-kalitate urritzea ekarri ohi dute pertsona hauengan bai eta ingurukoengan ere, bai eta biktimetan eta haien senitartekoetan. Dударik gabe, jarrera hauek gaixo hauek dituzten faktorerik estigmatizagarrienetarikoak dira. Guzti horrengatik, klinikook ikertzeko beste dimentsio bat balira bezala hartu beharko genituzke jarrera hauek, halaber, espekto psikotikoko gaixotasun daukaten gaixoei buruzko erabakiak hartzeko ere. Are gehiago lehen pasarte psikotikoak bezala ezagutzen dugun gaixotasunean, non psikosiaren haserako faseak diren delitu bortitzekin zerikusia dutelakoan gehien ikertu diren kasuak. Lehen pasarte psikotiko bat *lehendabizikoz, haluzinazioak edo eldarnioen agerpena bezala definituriko sintomatologia psikotikoa agertzean datza, sintomen bilakaerari erreparatu gabe* (CIBERSAM, 2014). Zentzu honetan, arlo honen barruan egin izan den ikerketa urrietako batek, Milton et al. (2011), armen erabileragatik zein mehatxuengatik sorturiko erasoak, sexu-erasoak zein lesioak eragiten dituen beste edozein eraso, gaixotasun hau sortu aurretik bai eta asistentzia sozialekin lehen kontaktua izan aurretik gertatzen direla azpimarratzen du.

Estatu mailan, azken urteotan psikosiaren hasierako faseak erasotzea helburu dituzten programa zein unitate ezberdinak ipini dira martxan. Hala, Cantabria, Catalunya, Madril, Andaluzia, Valentzia, Nafarroa eta Euskal Autonomi Erkidegoan dagoeneko abian dira pertsona hauen tratamendua zein jarraipena helburu duten programa asistentzialak, batez ere “Birchwood garai kritikoa” (Birchwood et al., 1998). Ikerlari hauek, lehen pasarte psikotiko ostean 3 eta 5 urte bitarteko garai bat mugatzen dute, zeinaren bilakaerak gaixoaren pronostikoan eragiten duen. Aipaturiko programak erabiltzaile hauen asistentzia medikoan zentratzen dira eta ikerlan honetan zentratutako ikerketa programak garatzen dituzte, batez ere, psikosiaren hasierako faseen pronostikoan eta tratamenduan. Halere, normalean psikosiaren debuta eta indarkeriazko jarreraren arteko erlazio kausala ez da helburu nagusia izaten, sintoma dimentsio hau arlo forense-judizialean aztertzen delarik gehienbat. Gaixo hauengan indarkeriazko jarrerak nola gutxitu daitezkeen buruzko datu enpirikoen ezak zein psikosiaren lehen pasartean gertaturiko indarkeriari buruzko ikerlan murrizteko, jarrera bortitzak izateko arriskuarekin elkar daitezkeen faktore anitzi buruzko ikerketa gehiago behar direla erakusten dute. Zentzu honetan, Justizia Sailak, osasun zerbitzuek eta Ertzaintzak parte hartuko luketen ikerketa multi-instituzional batek, lehen pasarte psikotikoa pairatzen duten gaixoen jarrera bortitzak azalduko lituzketen faktore ezberdinen eragina zein elkarrekintza, datu objektiboen bidez, neurtzea ahalbidetuko luke.

Arestian aipatutakoagatik, lehen pasarte psikotikoen eta jarrera bortitzen arteko balizko erlazioari buruz dauden emaitza kontraesankorrak tarteko, lehen pasarte psikotikoen eta jarrera bortitzen gahikuntzaren arteko kausalitatea dagoen aztertzea oso garrantzitsua da. Era horretan, erlazio honetan eragingo luketen balizko faktore klinikoak eta soziodemografikoak azaleratzea erraztuko litzateke.

**IKERKETAREN  
HELBURUAK ETA  
HIPOTESIAK**

# **1. atala. IKERKETAREN HEBURUAK**

## **1.1 Helburu nagusia**

Ikerlan honen helburu nagusia 2009-2016 sasoiko lehen pasarte psikotikoa pairatu eta sasoi horretan CRUPEPen jarraipena izan duten gaixoen urteroko kriminaltasun tasa kalkulatzeko da. Tasa hauen kalkularen bidez, lehen pasarte psikotikoa pairatu duten gaixoen biztanle arruntek baino izaera bortitzeko arau-hauste penal gehiago egiten ote dituzten aztertzea da.

## **1.2 Bigarren mailako helburuak**

Bigarren mailako helburuei dagokienez, honakoak bereiz ditzakegu:

- Izaera bortitzeko arau-hauste penalak egiten dituzten lehen pasarte psikotikodun gaixoen ezaugarri bereizgarriak aztertzea.
- Sintomatologia psikotikoaren agerpenak, lehen pasarte psikotikodun gaixoen izaera bortitzeko arau-hauste penalak egitera bultzatzen ote dituen aztertzea.
- Izaera bortitzeko arau-hauste penalak jasaten dituzten lehen pasarte psikotikodun gaixoen ezaugarri bereizgarriak aztertzea.
- Lehen pasarte psikotikodun gaixoa erasotzaile berrerorle izaten den kasuetan eragiten duten faktoreak aztertzea.

## **2. atala. IKERKETAREN HIPOTESIAK**

### **2.1 Hipotesi nagusiak**

Honakoa da ikerlan honen hipotesi nagusia:

- Gurutzetako Unibertsitate-Ospitaleko CRUPEPen jarraipena mantentzen duten lehen pasarte psikotikodun gaixoen kriminaltasun tasak, biztanle arrunten kriminaltasun tasekin parekarriak izango dira.

### **2.2 Bigarren mailako hipotesiak**

Bestalde, honako hauek azpimarratu ditugu bigarren mailako hipotesi gisa:

- Gizonezkoa izatea, sintomen hasiera goiztiarra, heziketa maila baxua eta substantzia toxikoen gehiegizko erabilera, izaera bortitzeko arau-hauste penalak egiten dituzten lehen pasarte psikotikodun gaixoen ezaugarri bereizgarriak dira.
- Sintomatologia psikotiko positiboaren agerpenak, lehen pasarte psikotikodun gaixoak izaera bortitzeko arau-hauste penalak egiteko arrisku handiagoa izatea dakar.
- Emakumezkoa izatea, aurretiaz biktimizazioko aurrekaria izatea eta heziketa maila baxua izatea, izaera bortitzeko arau-hauste penalen biktima diren lehen pasarte psikotikodun gaixoen ezaugarri bereizgarriak izango dira.
- Aurrez egindako indarkeriazko ekintzen aurrekariak, nortasun komorbidoko trastornoaren agerpena eta toxikoen kontsumoa, lehen pasarte psikotikodun gaixoa erasotzaile berrerorle izaten den kasuetan eragiten duten faktoreak izango dira.





# **MATERIALAK ETA METODOA**

# **1. atala. LAGINA**

## **1.1 Laginaren deskribapena**

Tesi honen xedea lehen gertaera psikotikoa duten erabiltzaileek biztanleriak oro har duen ekintza oldarkorrek gauzatzeko tasa handiagoak dituzten ala ez zehaztea da. Horretarako, Gurutzetako Unibertsitate Ospitaleko Lehen Gertaera Psikotikoen Unitateak (CRUPEP) 2009-2016 aldian egindako jarraipenetik ateratako erabiltzaileen lagin bat erabili dugu, bakoitzaren idatzizko baimen argiarekin. Erabiltzaile horiek Lege Medikuntzako Euskal Erakundearen (IVML) zerbitzu klinikoetan aurrekaririk duten egiaztatu da. Egiaztatu ondoren, IVMLan ekintzen aurrekariak zituztenen espedienteak aztertu dira eta ikerketan sartu ditugun aldagai mediku-legalak galdetu dira (ikus “aldagaien deskribapena” atala).

Hori guztia, ikerketan sartu diren erabiltzaile bakoitzaren idatzizko baimen argi eta zehatza lortu ondoren eta Gurutzetako Unibertsitate Ospitaleko Etika Batzordearen (CEIC), Lege Medikuntzako Euskal Erakundearen Irakaskuntza Batzordearen (IVML) eta Lege Medikuntzako Euskal Erakundearen zuzendaritzaren (IVML) oniritzia eta baimenarekin.

### **1.1.1. Gurutzetako Unibertsitate Ospitaleko Lehen Gertaera Psikotikoen Unitatea (CRUPEP)**

Gurutzetako Unibertsitate Ospitaleko Lehen Gertaera Psikotikoen Programak, CRUPEP deritzona, 5 urtez (tarte kritikoa) lehen gertaera psikotiko bat izan duten erabiltzaileen eta haiekin Gurutzetako Unibertsitate Ospitaleko Psikiatria Zerbitzuaren Arreta Eremuko zaintzaileei edota senideei arreta bateratua eta diziplina anitzekoa eskaintzeko xedea du (Ezkerraldea-Enkarterri-Gurutzetako Ospitalea).

Programak hurrengo eremuak lantzea hartzen du:

- Aurkitu diren neurri psikopatologikoen ikuspegi farmakologiko eta psikoterapeutikoa.
- Ebaluazio neuropsikologiko estandarizatua disfuntzio maila balioetsi eta estimulazio edo errehabilitazio kognitiboko programei onura atera ahal izan diezaioketen gaixoak hautemateko.
- Banakako esku-hartze psikoterapeutiko zehatzak, erabiltzaile bakoitzaren eta haren ingurunearen behar berezietan oinarrituta.
- Insight-a eta terapia betetzea sustatzen duten estrategia psikohezitzaileak.
- Baliabide sozio-sanitarioei buruzko informazioa, aholku genetikoa eta lege-informazioa erabiltzaileak eta haien senideak eta zaintzaileak barne.
- Toxikoen kontsumoaren ikuspegi aktiboa, OSIaren mendeko Toxikomanien Moduluetakoko profesionalekin elkarlanean.

Unitate honen helburu nagusietako bat Ezkerraldea-Enkarterri-Gurutzetako OSI horretan lehen gertaera psikotikoaren irizpide guztiak dituzten gaixoen identifikazio eta barneratze goiztiarra egitea da, eta baita haiek berriro erortzen direnean ere, tratamendu goiztiarra ematea ere.

Erabiltzaileak gehienbat gure OSiko Ospitaleko Larrialdietako Zerbitzuaren bitartez eta Buruko Osasun Zentroen bitartez (CSM) sartzen dira CRUPEP Programan, edo psikiatriakoa edo arreta primariokoa ez den beste espezialista baten bitartez. Programako psikiatra batek egingo du balioespena lehenengo 72 orduetan, eta erabiltzaileak Lehen Gertaera Psikotiko baten irizpideak betetzen baditu edo Akutuen Unitatean ingresatzen badute, CRUPEP Programan sartuko da.

CRUPEP Programa Gurutzetako Unibertsitate Ospitalean garatzen da, zeinak 950 ohe dituen. Larrialdietako arreta psikiatrikoa du eguneko 24 orduetan, urteko 365 egunetan, eta Ospitaleratze Akutuko Unitatea, 21 oherekin eta beste 3 oherekin Psikiatriako Behaketarako. Lehen Gertaera Psikotiko bat ingresatzen duenean unitatean, CRUPEP Programako kideek egiten dute haren balioespena eta jarraipena. PEPentzako Eguneko Ospitalea ere dugu Basurtoko Unibertsitate Ospitalean (Bilbo), zeinak 18 ohe

partekatatu dituen eta nahi dugunean erabil ditzakegun. Gainera, Langile Sozial bat dugu bulego batean egun osoan (partekatua) lanean Errondako Osasun Zentroan (Bilbo).

### **1.1.2. Auzitegi Medikuntzako Euskal Erakundea**

Lege Medikuntzako Euskal Erakundea (**IVML**) Euskal Autonomia Erkidegoko Auzitegi, Epaitegi eta Fiskaltzei laguntzen dien erakunde bat da. 2001eko urriaren 1ean sortu zen eta 2002ko urtarrilean hasi zen lanean. Eusko Jaurlaritzaren Lan eta Justizia Sailaren menpekoa da, eta **auzitegiko medikuen peritu-txostenak egiten dituzte** (gorpuak jaso, erasoen biktimen azterketak, autopsiak indarkeriaren ondoriozko heriotzetan edo kriminaltasuna izan denaren susmoa dagoenean, trafiko-istripu baten ondorengo lesioen balorazioa...). (Euskadiko Justizia Saila, 2017)

Euskal Autonomia Erkidegoko hiriburu bakoitzean, hurrengo zerbitzuak ditu Erakundeak:

**Auzitegiko Klinika Zerbitzua** hiru ataletan dago zatituta:

- **Klinika orokorra**, non patologia kliniko osoaren balioeste generikoa egiten den auzitegiko medikuntzaren ikuspegitik.
- **Traumatologia**, non auto-istripuen, lan-istripuen, erasoen eta abarren ondorioz eragindako lesioak aztertu eta balioesten diren.
- **Psikiatria**, zigor-arloan azterketa psikiatrikoak eta psikologikoak egiten dira sexu-erasoen edo etxeko tratu-txarren biktimei, erasotzaileei... Eta arlo zibilean, legezko ezintasuneko eskakizunei eta tutorea legez izendatzeko eskakizunei, nahitaezko ospitaleratze psikiatrikoko eskaerei eta abarri erantzuteko patologia klinikoak dituzten gaixoak aztertzen dira.
- **Auzitegiko Patologia Zerbitzua**, non autopsiak egiten diren indarkeriaren ondoriozko erailketetan, edo kriminaltasun susmoa dagoenean, eta bat-bateko heriotza naturala gertatu denean.
- **Auzitegiko Patologia Zerbitzua**, non alkoholarekin, drogekin oro har eta psikofarmakoekin lotutako ikerketa kimiko-toxikologiko guztiak egiten diren. Gertakarien lekuan laginak hartzearekin eta autopsiarekin lotutako teknika

analitikoak aplikatzen dira, eta baita atxilotutako pertsonen eta sexu-eraso edo genero-indarkeria kasuetan ere, besteak beste.

## **1.2. Ikerketan sartzeko eta kanpoan uzteko irizpideak**

Ikerketa honetan sartzeko eta kanpoan uzteko irizpideak bat datoz CRUPEP-aren irizpideekin. Hurrengo taulan bildu dira:

**13. Taula. Ikerketan onartzeko eta ez onartzeko irizpideak**

<b>ONARTZEKO IRIZPIDEAK</b>	<b>EZ ONARTZEKO IRIZPIDEAK</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>-18 urtetik gorakoa</li> <li>-Informatutako baimena sinatuta</li> <li>- Gurutzetako UPEP-aren jarraipenari ekin edo harekin jarraitzea psikosiaren aurkako tratamendurik hartu gabe 2009-2016 aldian zehar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Traumatismo kraneoenzefaliko eta konortea galtzea eduki izana.</li> <li>-Adimen-atzeratasuna</li> <li>- Garapenaren nahasmendu orokorra</li> <li>- Nerbio-sistema zentralaren gaixotasun organikoak edukitzea</li> </ul>

## **1.3. Ikerketaren aldagaiak**

CRUPEPeko Historia Kliniko Informatizatua aztertuz (HCI) bildutako datuak eta IVMLren Klinika Medikua-Auzitegikoaren espedienteak aztertzen lortutakoak. Informatizatutako historia klinikotik, datu soziodemografikoak, diagnosis (DSM-V) eta datu klinikoak atera dira. Klinika Medikua-Auzitegikotik tartean ikerketan parte hartuko dutenak tartean izan dituzten delituekin lotutako mediku-auztegiko datuak atera dira, bai biktima gisa, bai haien eragile gisa. Klinika Medikua-

Auzitegikoaren beharra izan duten auto-istripuen aurrekariak ere bildu dira, haietan kriminaltasun-arrastorik dauden ikusteko.

### **1.3.1 Ikerketan parte hartu duten guztiengandik jasotako aldagaiak**

Gurutzetako Unibertsitate Ospitaleko Lehen Gertaera Psicotikoen Unitatean 2009-2016 bitartean jarraipena egin zaien eta ikerketan sartzeari onartu duten erabiltzaileen lagin osoaren ondorengo aldagaiak jaso dira:

- Sexua: gizonezkoa edo emakumezkoa.
- Jaioteguna: eguna, hilea eta urtea.
- CRUPEPean jarraipenari ekiten zaion unean duen ikasketa-maila:
  - Ez da jaso.
  - Ez zuen bukatu OHO
  - OHO
  - LH/Batxilergoa
  - Diplomatura
  - Lizentziatura
- CRUPEPen jarraipena hasten den unean zuen Lan-egoera.
  - Ez da jaso
  - Lanean
  - Lanik gabe
  - Lan ezintasuna
- Sintoma psicotikoen hasiera-data: eguna, hilea eta urtea.
- Sintoma psicotikoen hasieran zuen adina.
- CRUPEPeko kontsulten hasiera-data: eguna, hilea eta urtea.
- Tratatu gabeko Psikosi aldia (DUP) egunetan.
- Eskizofrenia espektruaren diagnosia DSM-V irizpideen arabera:
  - Eskizofrenia
  - Nahasmendu bipolarra
  - Nahasmendu eskizoafektiboa
  - Toxikoen eraginezko psikosia

- Nahasmendu delirantea
- Beste nahasmendu psikotiko batzuk, non Nahasmendu Psikotiko Laburra eta zehaztu gabeko Nahasmendu Psikotikoak dauden.
- Balioespen Kliniko Mediku-Auzitegikoa behar izan dituzten auto-istripuen kopurua.
- Auto-istripuaren data (dagoenean): eguna, hilea eta urtea.
- Izan dituen nahitaezko ospitaleratzeen kopurua.

### **1.3.2. IVMLan eragile gisa aurrekariak dituzten parte-hartzaileei buruz bildutako aldagaiak**

Jarraian aipatzen diren aldagaiak ikerketako partaide bakoitzarentzako aurkitu diren espediente guztietan erregistratu dira.

- Biktimizazio-aurrekariak, non sartzen diren:
  - Gurasoen aldetik tratu txarrak jaso izanaren aurrekariak.
  - Etxean tratu txarrak jaso edo bizi izanaren aurrekariak.
- Klinika Mediku-Auzitegikoan dituen espedienteen kopurua.
- Zigor arau-haustearen eragile gisa jasotzen duten espedienteen kopurua.
- Zigor arau-haustearen biktima gisa jasotzen duten espedienteen kopurua.
- Zigor arau-haustea noiz egin zuen: eguna, hilea eta urtea.
- Zigor arau-haustea zenbat urterekin egin zuen.
- Aurreko zigor arau-hausteen kopurua:
  - Bat ere ez
  - 1-3
  - 4-6
  - >7
- Partaideak zigor-arloko arau-haustean betetzen duen rola:
  - Biktima
  - Erasotzailea
- Zigor-arloko arau-hauste mota:
  - Engainuzko hilketa.
  - Hilketa saiakera.

- Homizidio arau-haustek eta haren eratorriak.
- Tratu txarrak familian.
- Lesioak
- Lesioen beste arau-haustek.
- Ohiko tratu txarrak familian.
- Tortura edo segurtasun fisikoaren aurkako beste arau-haustek.
- Sexu-erasoa.
- Sexu-askatasunaren aurkako bestelako arau-haustek.
- Ebasketa.
- Lapurreta indarkeriarekin.
- Lapurreta indarkeriarekin beste leku batzuetan.
- Lapurreta indarkeria eta larderiaz.
- Kalteak.
- Motordun ibilgailuen ebasketa.
- Iruzurra.
- Ondarearen aurkako bestelako arau-haustek.
- Droga-trafikoa.
- Alkoholaren eta drogen eraginpean gidatzea.
- Taldeko segurtasunaren aurkako beste arau-hauste batzuk.
- Ondasun materialen aurkako terrorismoa.
- Pertsonen aurkako terrorismoa.
- Terrorismoko bestelako ekintzak.
- Ordena publikoaren aurkako arau-haustek.
- Kondena urratzea.
- Agintaritzaren aurkako atentatua.
- Mehatxuak.
- Zigor arau-hauste horretan biktimaren eta salatuaren arteko harreman pertsonala:
  - Bikotekidea.
  - Bikotekide ohia.
  - Beste senide bat.
  - Senidea ez / Ezezaguna.
- Arau-haustearen aurretik estresa eragin dezakeen faktorerik zuen ala ez:
  - Ez.
  - Eztabaida.



- Zigor arau-haustearen unean sintoma psikotiko positiboak zituen ala ez:
  - Delirioak.
  - Pentsamendu nahastuak.
  - Haluzinazio-fenomenoak.
- Zigor arau-haustearen unean sintoma psikotiko negatiboak zituen ala ez:
  - Afektibitatea uzurtzea.
  - Uzurtasun emozionala.
  - Kontaktu pobrea.
  - Uzurtasun soziala.
  - Pentsaera abstrakturako zailtasuna.
  - Berezkotasun eta jario falta hitz egitean.
  - Pentsaera estereotipatua.
- Zigor arau-haustearen unean beste psikopatologia bat zuen edo ez:
  - Antsietatea.
  - Depresioa.
  - Sintoma motorrak.
  - Bulkaden kontrol txarra.
  - Euforia.
- Zigor arau-haustearen unean komorbiditatearen bat zuen ala ez:
  - CLUSTER A nortasun-nahasmendua.
  - CLUSTER B nortasun-nahasmendua.
  - CLUSTER C nortasun-nahasmendua.
  - Substantzien gehiegizko erabilerarengatik/menpekotasunarengatik nahasmendua.
  - Norbera mintzeko ahaleginak.
  - Antsietatea/depresioa.
- Arau-haustearen unean drogen kontsumoa.
- Baiezkoan, zein motatako droga kontsumitu zuen:
  - Alkohola
  - Kalamua
  - Estimulatzaileak.
  - Haluzinogenoak.
  - Opioideak.

- Diseinuko drogak.
- Hainbat motatakoak.
- Toxikoen kontsumoko aurrekariak: bai edo ez.
- UPEPen jarraipena arau-haustea gertatu zen unean:
  - Ez
  - Bai
  - Jarraipena uztea
- Psikofarmakoekin tratatzea arau-haustearen unean.
  - Ez zen agindu.
  - Ez zen bete.
  - Aho bideko psikosiaren aurkakoa.
  - Psikosiaren aurkako gordailua.
  - Antidepressiboak.
  - Antsiolitikoak.
  - Egonkortzaileak.

## **1.4 Datu-bilketa eta kudeaketa**

Arestian aipatu dugunez, Gurutzetako Unibertsitate Ospitalearen Lehen Gertaera Psikotikoko Unitatean (CRUPEP) 2009-2016 aldian egin den jarraipenaren ondoriozko erabiltzaileen lagin batetik abiatuta, erabiltzaile horiek Lege Medikuntzako Euskal Institutuaren zerbitzu klinikoetan aurrekaririk zuten ikusi da. Egiatzatu ondoren, LMEIan ekintzen aurrekariak zituztenen espedienteak aztertu dira eta ikerketan sartu ditugun aldagai mediku-legezkoak galdetu dira (ikus “aldagaien deskribapena” atala). Ertzaintzaren atestatuetatik lortu da informazioa (zeudenean) eta, funtsean, auzitegiko medikuek igorritako txostenetatik, zeinak diagnosi-ebaluazio ez terapeutikoak egiten dituzten erdi-egituratutako elkarrizketa klinikoaren bitartez. Haietan, familian, maila pertsonalean eta medikuan aurrekaririk dagoen nortasunaren ezaugarriak, oinarrizko gaitasun eta ahalmen kognitiboak eta azterketa psikopatologikoa bildu dira.

Bildutako datuak kodetu ondoren, erabiltzaileak identifikatzeko kodeak suntsitu dira, eta banako bakoitzari ikerketan identifikatzeko alfazenbakizko kode bat eman

zaion. Beraz, ikerketan ez da identifikazio pertsonala ahalbidetu dezakeen daturik agertuko. Hori guztia datuen konfidentzialtasuna babesteko indarrean dauden legeak agintzen duena beteaz (15/1999 ED eta 1720/2007 ED), erabiltzaile bakoitzaren idatzizko baimen argi eta zehatzarekin eta CEIC-ren, Lege Medikuntzako Euskal Institutuzioaren Irakaskuntza eta Ikerketa Batzordearen (CDI) eta LMEIren zuzendaritzaren baimena eta onespenearekin. Ikerketa hau protokoloan, Praktika Klinika Oneko Arauen eta indarrean dagoen legerian zehazten diren prozeduren arabera egin da.

## **1.5 Ikerketaren diseinua**

Honakoa **atzera begirako, behatze, ikerketa longitudinala** da. Alde batetik, alderdi deskribatzaile bat dauka eta, bestetik, analitikoa den beste alderdi bat.

## **2. atala. ANALISI ESTADISTIKOA**

### **2.1 Analisi estatistikoa**

Aldagai kategorikoak frekuentzia eta portzentaien bidez deskribatu diren bitartean, aldagai jarraiak batzbestekoa eta desbideratze tipikoaren bidez deskribatu dira. Aldagai kategorikoen arteko alderatzea chi karratua deritzon testaren bidez egin da. Bere aldetik, aldagaien arteko korrelazioak Odd Ratioaren kalkularen bidez egin dira. Aldagai kuantitatiboen alderatzea, ordea, T-student deritzon estatistikoaren bitartez egin da. Honez gain, lagina bera azpitaldetan banatuz analisi unibarianteak zein multibarianteak gauzatu dira.

Kriminaltasun tasa eta bere inzidentzia tasaren arrazoiak (Incidence Rate Ratio edo RR) Poissonen erregresioen ereduaren bidez estimatu dira. Hauek, biztanlego guztiarentzat zein lehen pasarte psikotikoak pairatu dituztenentzat kalkulatu dira. Estatistika significazioari dagokionez, berau 0,05 baino maila baxuagoetan soilik agertzen dela kontsideratu da. Konfiantza-tartea %95ekoa izan da kasu guztietan. Azkenik, erabili diren programa estatistikoak SPSS 22.0 eta Stata 13 izan dira.

### **2.2 Kriminaltasun tasaren kalkulua**

Arau-hauste penalen kopurua eta biztanle kopuruaren arteko erlazioari Kriminaltasun tasa deritza. Ikerlan honetan, OSI Ezkerraldeak (gure biztanleria osoa) hartzen dituen biztanleen urteroko kriminaltasun tasa hartu da, bai eta gure lagineko lehen pasarte psikotikoen urteroko kriminaltasun tasak ere, gaixo hauek biztanle arruntek baino arau-hauste penal gehiago egiten dituzten aztertzeke.

OSI Ezkerraldeak hartutako biztanleentzako urteroko tasaren kalkulua Muskiz eta Sestaoko ertzainetxeek ezagutzen dituzten arau-hausteak (ikus Sarrerako delitu bortitzak, datuetan atala) eta INEk eskainiriko biztanleen datuak bilduz egin da.

2009-2016 epean urteroko kriminaltasun tasak kalkulatu dira. Kalkulua honako formula hau erabiliz egin da:

Kriminaltasun tasa x 1000 biztanle:  $\frac{\text{ezagututako arau-hauste penal guztiak} \times (1.000)}{\text{Biztanle kopuru osoa}}$

Lehen Pasarte Psikitikoen Kasuan urteroko kriminaltasun tasa, urte baten buruan izandako eraso guztien kopurua eta urtero CRUPEP kontsultan aktiboki mantentzen diren gaixoen lagina erabiliz kalkulatu da, honako formula hau baliatuz:

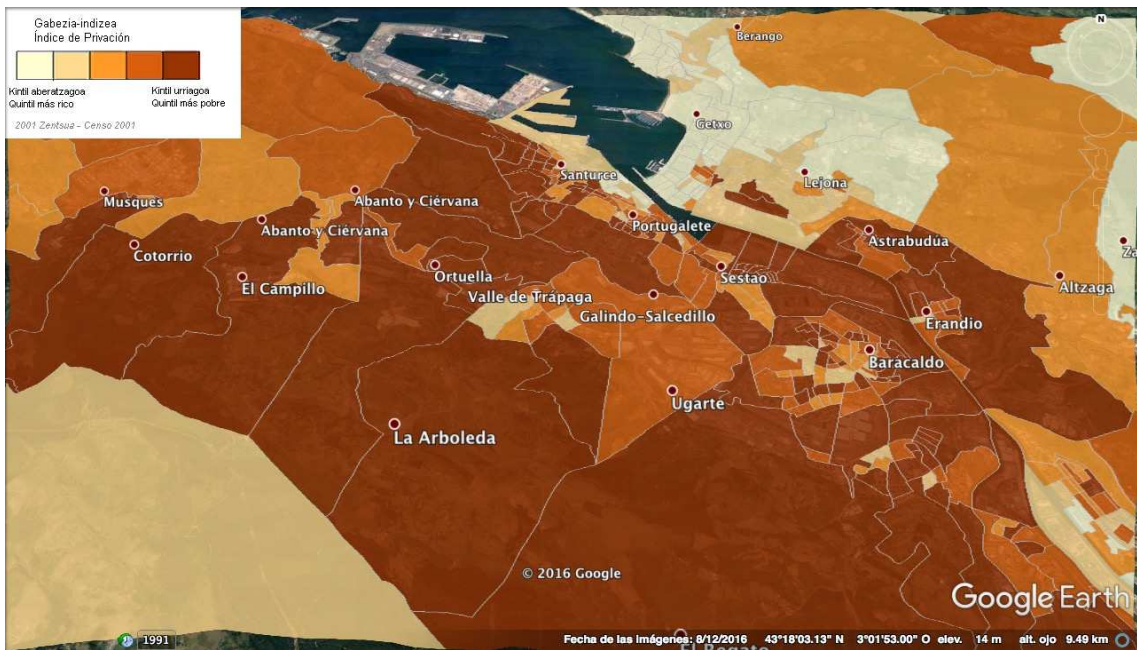
Kriminaltasun tasa x 1000 PEP:  $\frac{\text{ezagututako arau-hauste penal guztiak PEPen} \times (1.000)}{\text{PEP lagin osoa}}$

### **2.3 Laginaren maila sozioekonomikoaren ebaluaketa**

Gure ikerketako laginaren egoera sozioekonomikoa era objektibo batean baliosteko, MEDEA Gabetze sozioekonomikoaren indizea (Espainiar zonalde txikietan hilkortasuna eta arlo sozioekonomiko zein ingurugiroan desberdintasuna) erabili da, Osakidetzak eskainitako adierazlea delarik azken hau.

Jarraian atxikitzen den mapak Gabetze sozioekonomikoaren indizearen banaketa geografikoa Euskal Autonomi Erkidegoko errolda sailetan adierazten du. Gabetze indize hau 2001 urteko Biztanle eta Etxebizitza Erroldak abiapuntutzat hartuta kalkulatu da: langabezian dagoen biztanle kopurua, eskulanean diharduten langileak, soldatapeko behin behineko langileen kopurua, heziketa gutxiegi daukan biztanle kopurua eta heziketa gutxiegi daukan biztanle gazte kopurua. Errolda-sailak “quintiletan” kategorizatu dira eta behean dakusagun mapan, laguntza handiena jaso duten sailak kolore argienekin irudikatu dira, kolore ilunagoa erabili delarik gabetze handiena duten sailak islatzeko (Osakidetza, 2013)

# 1. Irudia. OSI Ezkerraldean IP MEDEAren “quintilen” distribuzioa



*Iturria: Google Earth*

# EMAITZAK

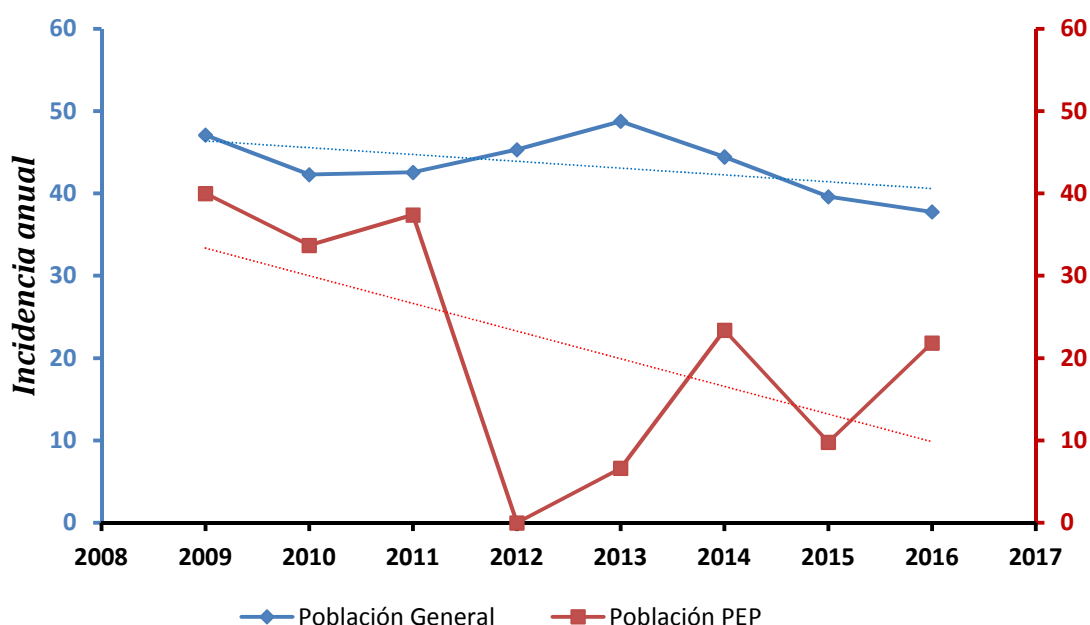
# 1. go Atala. ANALISI

## DESKRIBATZAILEA

### 1.1 Kriminaltasun tasak 2009-2016

Hurrengo grafikoan, 2009-2016 urte bitartean, OSI Ezkerraldearen biztanlegoari zein lehen gertaera psikotikoa duten pazienteei dagokien urteroko kriminaltasun tasak aurkezten dira.

### **2. Irudia. Urteroko kriminaltasun tasak, biztanleria osoaren eta LGP-en kasuan**



*Iturria: norberak egina*

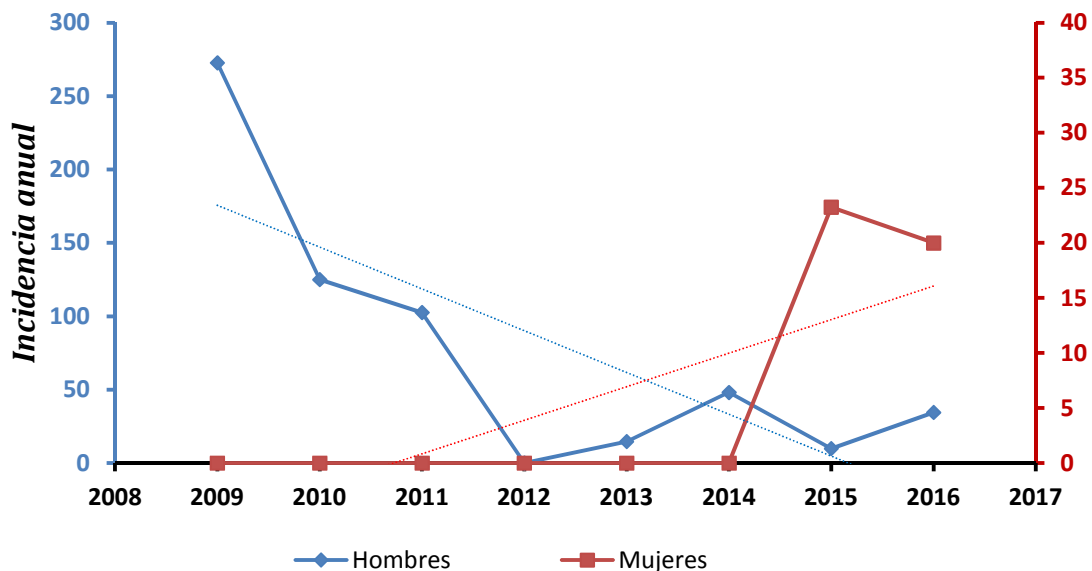
2009-2016 urte bitartean, urteroko kriminaltasun tasek beranzko joera aurkezten dute, bai biztanleria orokorrean (IRR=0,981 (IC95%=0,978-0,983)  $p<0,001$ ) eta bai lehen gertaera psikotikoetan (IRR=0,019 (IC95%=0,012-0,028)  $p<0,001$ ), joera hori nabarmenagoa izanik azken hauen kasuan.

2012 urtean, ikerketa honetan parte hartu duten lehenengo gertaera psikotikoek, ez dute inolako arau-hauste penalik aurkeztu. Halaber, kriminaltasun tasen aldakortasuna handiagoa da lehen gertaera psikotikoen (LGP) kasuan biztanleria osoaren kasuetan baino.



Jarraian, kriminaltasun tasek bilakaeraren grafikoak aurkezten ditugu, sexuaren arabera, DUP-aren arabera

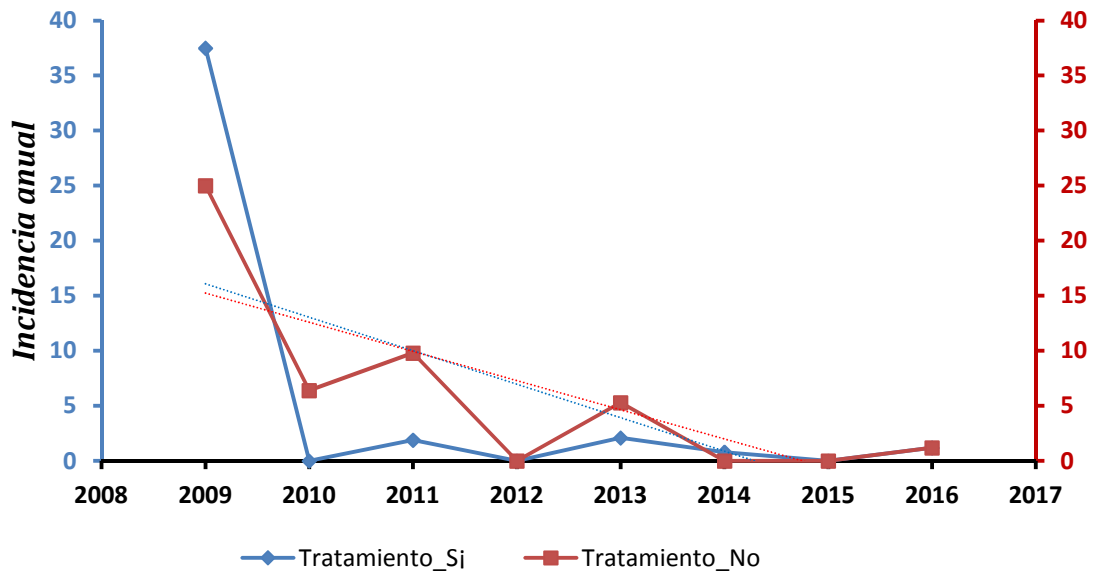
### 3. Irudia. Kriminaltasun urteroko tasak LGP-etan sexuaren arabera



*Iturria: norberak egina*

2009-2016 urte bitartean, urteroko kriminaltasun tasek beranzko joera aurkezten dute, bai LGP gizonetan (IRR=0,401 (IC95%=0,025-0,062)  $p<0,001$ ) . Emakumeen kasuan, deigarria da, ikerketaren azken hiru urteetararte agertu den kriminaltasun joera eza (IRR=0,101 (IC95%=0,025-0,0405)  $p<0,001$ ) eta hortik aurrera agertzen de gorakada.

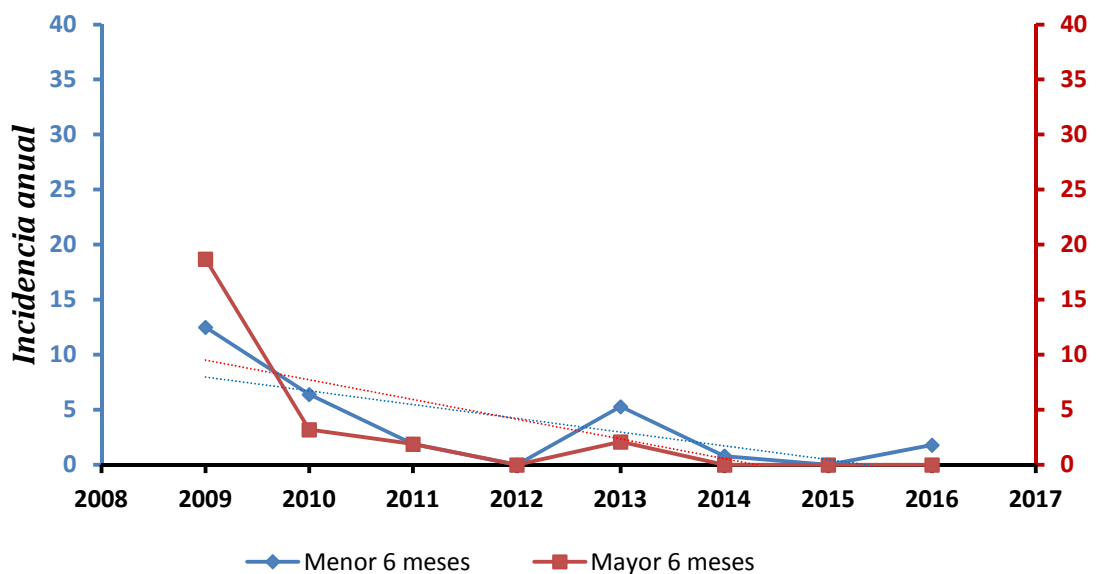
**4.Irudia. Kriminaltasun urteroko tasak tratamendua hartzen dutenen eta hartzen ez dutenen artean**



*Iturria: norberak egina*

2009-2016 urte bitartean, urteroko kriminaltasun tasek beranzko joera aurkezten dute, bai tratamendua hartzen dutenen (IRR=0,5631 (IC95%=0,420-0,753)  $p < 0,001$ ) eta bai hartzen ez dutenen artean (IRR=0,584 (IC95%=0,462-0,737)  $p < 0,001$ ).

**5.Irudia. Kriminaltasun urteroko tasak DUP-aren iraupenaren arabera**



*Iturria: norberak egina*

2009-2016 urte bitartean, urteroko kriminaltasun tasek beranzko joera aurkezten dute, bai 6 hilabete baino gutxiagoko DUP-a dutenen artean (IRR=0,696 (IC95%=0,555-0,872)  $p<0,001$ ) eta bai 6 hilabete baino gehiagoko DUP-a dutenen artean (IRR=0,0,429 (IC95%=0,269-0,686)  $p<0,001$ ).

## **1.2 LGP lagina osoaren deskribatzailea**

Atal honetan, laginaren alderdi deskribatzaile adierazgarrienak aurkezten ditugu. Emaitza hauen ulermena eta eztabaida errazteko asmoz, aldagaiak hiru ardatz nagusitan banatu ditugu. Lehendabiziko taulan, laginaren aldagai sozio-demografikoen deskribatzailea aurkezten dugu. Bigarren taulan, ordea, pazienteen diagnosia azaltzen da. Azkenik, hirugarren taulan, ikerketa honen laginak biktima edota erasotzaile gisa arau-hauste penaletan izandako partehartzerekin harremanetan dauden aldagaiak miatu daitezke.

### **14. Taula. Pazienteen aldagai sozio-demografikoak**

	MAIZTASUNA	EHUNEKOA
<b>SEXUA</b>		
Emakume	64	27,9%
<b>Gizon</b>	165	<b>72,1%</b>
<b>GUZTIRA</b>	229	100%
<b>IKASKETA MAILA</b>		
Ez zuen LH amaitu	44	19,2%
<b>LH</b>	82	<b>35,8%</b>
FP/Batxilerra	80	34,9%
Diplomatura	10	4,4%
Lizentziatura	13	5,7%
<b>IP MEDEA "QUINTIL"-a</b>		
Desberdintasun gutxien	12	5,6%
2	25	11,7%
3	35	16,4%
<b>4</b>	59	<b>27,7%</b>
<b>Desberdintasun gehien</b>	82	<b>38,5%</b>

<b>LAN EGOERA</b>		
Ez da agertzen	1	0,4%
<b>Lanean</b>	<b>121</b>	<b>52,8%</b>
Langabezian	85	37,1%
Ezgaitasuna	22	9,6%

*Iturria: norberak egina*

Ikerketa honen lagina, 229 pazienteek osatzen dute, horietatik, %27,9 (64) emakume direlarik eta %72,1 (165) gizonezkoak. Ikasketa mailari dagokionez, pazienteen %19,2k (44) ez dute LH edota horren baliokiderik amaitu, %35,8k (82) lehen mailako ikasketak dituzte eta %34,9k (80) bigarren mailako ikasketak. Laginaren %9,7ak (23) soilik dauzka goi-mailako ikasketak.

Bestalde, ikerketa honen partehartzaileen “IP MEDEA-ren quintilak” jaso ditugu. Horietatik, %66,2 (141), 4-5 “quintil MEDEA” daukaten sailetan bizi dira, gabetze handiena dutenak hain zuzen. Lan egoerari dagokionez, %52,8k (121) lanpostu bat zeukan CRUPEP-en hasi zuenean tratamedua, %37,1 (85) langabezian zeudelarik.

### 15. Taula. Diagnosi motaren maiztasun eta ehunekoa.

	MAIZTASUNA	EHUNEKOA
<b>DIAGNOSIA</b>		
<b>Eskizofrenia</b>	100	<b>43,7%</b>
Nahasmen Bipolarra	52	22,7%
Nahasmen Eskizoafektiboa	18	7,9%
Psikosi toxikoa	6	2,6%
Eldarnioen nahasmena	13	5,6%
Espezifikatu gabeko nahasmen psikotikoa	40	17,5%

*Iturria: norberak egina*

Diagnosiari dagokionez, maiztasun handienekoa gure laginan, %43,2 (100) kasuetan, eskizofrenia da. Nahaste bipolarra da bigarren diagnosi ohikoena, %22,7rekin (52)..

### 16. Taula. LMEIan ekintza aurrekari kopurua eta aurretiko biktimizazioaren maiztasun eta ehunekoa

	MAIZTASUNA	EHUNEKOA
<b>AURRETIKO BIKTIMIZAZIOA</b>		
<b>Ez da agertzen</b>	42	<b>87,5%</b>
Gurasoen tratu txarrak	2	4,2%
Etxeko indarkeria	4	8,3%
GUZTIRA	48	100%
<b>LMEI-n EKINTZA AURREKARI KOPURUA</b>		
<b>0</b>	182	<b>79,5%</b>
1	31	13,5%
2	8	3,5%
3	5	2,2%
4	3	1,3%
GUZTIRA	229	100%
<b>ERASOTZAILE ZENBAT ALDIZ</b>		
<b>0</b>	28	<b>59,6%</b>
1	10	21,3%
2	5	10,6%
3	3	6,4%
4	1	2,1%
GUZTIRA	47	100%

BIKTIMA ZENBAT ALDIZ		
0	14	29,2%
1	28	58,3%
2	3	6,3%
3	3	6,3%
GUZTIRA	48	100%

*Iturria: norberak egina*

16. taulan ikus dezakegun moduan, ikerketa honen paziente gehienek, %79,5ak (182) hain zuzen, ez daukate aurrekaririk LMEI-an. Horrela, aurrekariak dituzten 47 pazienteetatik, %87,5 etan (42), ez da agertzen aurretiko biktimizaziorik, hain zuzen, ez da agertzen euren txostenetan tratatu txar edota etxeko indarkeriaren aurrekaririk.

Bestalde, LMEI-an aurrekariak dituzten 47 pazienteen artean, erdia baino gehiago (%59,6), ez dira inoiz erasotzaile izan eta %29,2 a ez da inoiz biktima izan. Honen arian, 17. taulan azaltzan de moduan, gure lagineko lehen gertaera psikotikoak erasotzaile ezan dira batazbeste 0,70 (0,70 +-1,04) aldiz eta biktima 0,90 (0,90+-0,78).

Azkenik, aipatzekoa da lagin osoaren batazbesteko adina sín-tomen agerpenean 32,65 (32,65+-10,83) urtekoa dela eta tratamendurik gabeko (DUP) batazbesteko denbora 721 (721+-4686,9) egunekoa.

### **17.Taula. Aurrekari kopuru, biktima/erasotzaile rola, adina eta DUP aren batazbestekoa eta desbideratze tipikoa.**

	Nahigabeko ospitaleratzea	Ekintza aurrekari kopurua	Zenbat aldiz erasotzaile	Zenbat aldiz biktima	Sintomen hasieran adina	DUP
<b>MEDIA</b>	0,41	0,32	0,70	0,90	32,65	721,65
<b>DESBIDERATZE TIPIKOA</b>	0,76	0,76	1,04	0,78	10,83	4.686,92

*Iturria: norberak egina*

### **1.3 Lege Medikuntzako Euskal Institutoan (LMEI) ekintza aurrekariak dituzten lehen gertakari psikotikoen (LGP) deskribatzailea**

#### **1.3.1 Ikerturiko azpitaldeen arteko ezberdintasunak**

Ondoren, biktima zein erasotzaile diren arabera, lagina hiru azpitaldetan banatu ostean lorturiko emaitzak adierazten ditugu. Era horretara, pazienteak hiru azpitaldetan banatu dira, kontuan izanda LGPa arau-hauste penaletan beti izan bada biktima (“biktima bakarrik”), beti izan bada erasotzaile (“erasotzaile bakarrik”) edota biktima izatetik erasotzaile izatera pasatu bada (“biktima-erasotzaile”). Hurrengo taulan aipatzen dira soilik hiru azpitaldetan ezberdintasun adierazgarriak dituzten aldagaiak.

#### **18. Taula. Ezberdintasun adierazgarriak dituzten aldagaiak hiru azpitaldeetan.**

	Biktima-erasotzaile		Erasotzaile bakarrik		Biktima bakarrik		P (Pearson-en Chi karratua)
	N	%	N	%	N	%	
<b>IKASKETA MAILA</b>							
Ez du amaitu LH	4	80,0%	6	42,9%	8	26,7%	0,011
LH	1	20,0%	5	35,7%	11	36,7%	
FP/BATXILER	0	0,0%	3	21,4%	11	36,7%	
DIPLOMATURA	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	
LIZENTZIATURA	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	
GUZTIRA	5	100,0%	14	100,0%	30	100,0%	
<b>LAN EGOERA</b>							
Ez da agertzen	0	0,0%	0	,0%	1	3,3%	0,011
Lanean	1	20,0%	2	14,3%	15	50,0%	
Langabezian	4	80,0%	10	71,4%	12	40,0%	
Ezgaitasuna	0	0,0%	2	14,3%	2	6,7%	
GUZTIRA	5	100,0%	14	100,0%	30	100,0%	
<b>EKINTZA AURREKARI KOPURUA</b>							
1	0	0,0%	8	57,1%	25	83,3%	0,001
2	1	20,0%	3	21,4%	2	6,7%	
3	3	60,0%	1	7,1%	3	10,0%	
4	1	20,0%	2	14,3%	0	,0%	
GUZTIRA	5	100,0%	14	100,0%	30	100,0%	

*Iturria: norberak egina*

Ikasketa mailari dagokionez, aipatzekoa da “biktima-erasotzaile” ia talde osoak dituela, gehien jota, lehen mailako ikasketak, “erasotzaile bakarrik” direnen artean bestalde, %21,4k bigarren mailako ikasketak dituzte, %35,7ak lehen mailako ikasketak eta %42,9ak ez du amaitu lehen hezkuntza. Bere aldetik, “biktima bakarrik” diren pazienteen %36,7ak bigarren mailako ikasketak ditu, %36,7 lehen hezkuntza dauka eta %26,7k ez du lehen hezkuntza amaitu. Honen arian, aipatzekoa da, paziente hauetatik inork ez daukala goi-mailako ikasketarik. Emaiza hauen adierazgarritasun estadistikoa altua da ( $p=0,011$ ).

Pazienteen lan egoerari dagokionez, *Chi karratuak* aurkitzen du hiru azpitaldeen arteko adierazgarritasuna ( $p=0,011$ ). Biktima izatetik erasotzaile izatera pasatzen diren kasuetan, %20 lanean daude CRUPEP-en hasten direnean tratamenduan, %80 langabezian dauden bitartean. “Erasotzaile bakarrik” direnen artean, %14,3 lanean daude, %71,4 langabezian eta %14,3 aldi baterako ezgaitasun laboralean. Azkenik “biktima bakarrik” diren pazienteen kasuan, erdia lanean daude, %40 langabezian eta %6,7 aldi baterako ezgaitasun laboralean.

Azterturiko beste aspektu bat, Lege Medikuntzako Institutoan dituzten ekintza aurrekariak dira. Aspektu honi dagokionez, aipatzekoa da “biktima-erasotzaile azpitaldean, %60ak bi espediente dituela, %20ak hiru espediente eta %20k lau espediente. Era horretara, biktimatik erasotzailera pasatzen diren pazienteek batzbeste 2,6 espediente dituzte LMElan, desbideratze tipikoa 0,89koa izanik. Bere aldetik, “erasotzaile bakarrik” diren pazienteen %57,1ak espediente bakarra daukate, %21,4ak bi espediente, %7,1ak hiru espediente eta %14,3k lau espediente, batzbesteko espediente kopurua 1,71koa izanik, 1,20ko desbideratze tipikoarekin. Azkenik, “biktima bakarrik” direnen %83,3k espediente bakarra dauka, %6,7k bi espediente eta %10ak hiru espediente. Kasu honetan, batzbesteko espediente kopurua 1,23koa da 0,68ko desbideratze tipikoarekin. Emaiza hauek adierazgarritasun altua daukate ( $p=0,001$ ).

Adierazgarritasun maila altua daukaten aipaturiko aldagaiez aparte, aztertu ditugu baita beste zenbait aldagai, esaterako, generoa, MEDEA indizea, diagnostia, aurretiko biktimizazioa eta nahigabeko ospitaleratzeak. Ezberdintasunak ez dira adierazgarri suertatu kasu hauetan.



Dena den, generoaren kasuan, aipatu beharrekoa da, “erasotzaile bakarrik” azpitaldeko %100 gizonetzkoak direla, hala nola “biktima-erasotzaileen” %80a eta “biktima bakarrik”-en %70a (p=0,11). MEDEA indizeari dagokionez, “biktima-erasotzaile” azpitaldearen kasuen %100, 4 edo 5 “quintil MEDEA” daukaten sailetan bizi dira(gabezia handien daukatenak) (p=0,34). Diagnosiaren kasuan, hiru azpiataletan, pazienteen erdiak baino gehiagok daukate eskizofreniaren diagnosi gisa, maiztasun handienekoa izanik gure laginean(p=0,124). Aurretiko biktimizazio aldagaiaren kasuan, hiru azpitaldeetan, kasuen erdian baino gehiagotan ez da horrelako aurrekaririk agertzen (p=0,420). Azkenik, gure laginean gehienez lau nahigabeko ospitalizazio izan dituzte pazienteek eta kasu gehienetan 0-2 ospitaleratze jasan dituzte. Honen arian, aipatzekoa da “biktima-erasotzaile” azpiatalean, inork ez duela nahigabeko ospitalizaziorik behar izan.

### 19. Taula. Sintomen hasierako adinaren eta erasotzaile izandako aurrekari kopuruaren maiztasuna, media eta desbideratze tipikoa

	N	Media	Desbideratze tipikoa	ANOVA
<b>ZENBAT ALDIZ ERASOTZAILE</b>				
Biktima-erasotzaile	5	1,40	0,55	0,001
Bakarrik erasotzaile	13	1,92	1,04	
Bakarrik biktima	29	0,03	0,19	
GUZTIRA	47	0,70	1,04	
<b>SINTOMEN HASIERAN ADINA</b>				
Biktima-erasotzaile	5	27,99	12,63	0,020
Erasotzaile berreorlea	14	25,98	9,77	
Biktima berreorlea	30	30,08	11,22	
Ez	180	33,73	10,59	
GUZTIRA	229	32,65	10,83	

*Iturria: norberak egina*

Taula honetan behatu dezakegu, adierazgarritasun maila altuarekin (p<0,001), biktima izatetik erasotzaile izatera pasatzen diren pazienteek, arau-hauste penalak egiten dituztela batazbeste 1,4 aldiz (desbideratze tipikoa +-1,038). Emaitza hauek harremanetan daude aurretik aurkitutakoekin, zeinetan “biktima-erasotzaile”-en %60a behin izan da erasotzaile eta %40a birritan. Era berean, bakarrik erasotzaile diren pazienteen artean, %46,2a behin izan da, %23,1a birritan, %23,1a hiru aldiz eta %7,7a lau aldiz, adierazgarritasun maila altuarekin (p=0,001).

Bestalde, “biktima-erasotzaile”-en azpitaldean, %80a biktima izan da behin eta %20 a bi aldiz. Bakarrik biktima izan direnen kasuan, %82,7a behin izan da, %6,9a birritan eta %10,3a hiru aldiz (p=0,001).

Sintomen hasierako adina aztertzean, “biktima-erasotzaile” azpitaldean batazbesteko adina 27,99 (27,99 +-12,63) urtekoa da. Pazienteak erasotzaile bakarrik diren azpiatalean, sintomen hasierako batazbesteko adina 25,97 (25,97 +-9,77) urtekoa da eta biktima bakarrik diren azpitaldean 30,07 (30,07 +-11,22) urtekoa. Lege Medikuntzako Euskal Institutuan ekintza aurrekaririk ez daukaten pazienteen batazbesteko adina 33,73 (33,73+-10,59) urtekoa da. Ezberdintasun hauek adierazgarriak dira (p= 0,020).

Horretaz gain, DUP-ak egunetan neurtua, ez du adierazgarritasun estadistikorik aurkezten (p=0,854). Hala ere, deigarria da DUP-aren ezberdintasunak azpiatalen artean. Alde batetik, “biktima-erasotzaile” azpiatalean 141 (141 +-145,38) egunekoa den bitartean, “erasotzaile bakarrik” azpiatalean 31,14 (31.14 +- 34,43) egunekoa da, “biktima bakarrik” azpiatalean 1.267,07 (1267,07 +-6.454,43) egunekoa eta aurrekaririk ez daukatenen kasuan 700,57 (700,57+-4.597,13) egunekoa.

#### **1.4 Lege Medikuntzako Euskal Institutuan lehenengo ekintza aurrekariaren deskribatzailea**

Ondoren, egindako analisi deskribatzailearen emaitzak aurkezten dira, aldagai interesgarriak aztertuz, lehenengo gertakari psikotikoa biktima edo erasotzailea den arabera.

#### **20. Taula. Erasotzaile /biktimaren arteko konparaketa LMEI-an lehenengo ekintza aurrekarian**

	MAIZTASUNA		EHUNEKOAK	
	Erasotzaile	Biktima	Erasotzaile	Biktima
<b>AURRETIKO ESTRESAGARRIAK</b>				
Ez	9	8	<b>64,3%</b>	26,7%
Eztabaida	5	22	35,7%	<b>73,3%</b>
Guztira	<b>14</b>	<b>30</b>	100%	100%
<b>SINTOMA POSITIBOAK ERASOAN</b>				
Ez	7	30	<b>87,5%</b>	<b>100%</b>

Eldarnioak	1	0	12,5%	0,0%
Guztira	8	0	100%	100%
<b>SINTOMA NEGATIBOAK ERASOAN</b>				
Ez	11	30	<b>78,6%</b>	<b>100%</b>
Enbotamendu txeratsua	2	0	14,3%	0%
Enbotamendu txeratsua+uzkurtasun soziala	1	0	7,1%	0%
Guztira	14	30	100%	100%
<b>BESTE PSIKOPATOLOGIA ERASOAN</b>				
Ez	6	27	<b>42,9%</b>	<b>90%</b>
Antsietatea	2	1	14,3%	3,3%
Antsietatea+kinaden kontrolen gabezia	1	2	7,1%	6,7%
Kinaden kontrolen gabezia	3	0	21,4%	0
Euforia	2	0	14,3%	0
Guztira	14	30	100%	100%
<b>KOMORBILITATEA</b>				
Ez	4	27	<b>44,4%</b>	<b>96,4%</b>
Nortasun desoreka Cluster B	1	0	11,1%	0%
Koefiziente intelektual mugatua	1	0	11,1%	0%
Sustantzien dependentzia/gehegizko erabilera	3	1	33,3%	3,6%
Guztira	9	28	100%	100%
<b>ARAU-HAUSTEA GERTATZEAN JARRAIPEN PSIKIATRIKOA</b>				
Ez	7	22	<b>50%</b>	<b>84,6%</b>
Bai	4	4	28,6%	15,4%

Jarraipena ustea	3	0	21,4%	0%
GUZTIRA	14	26	100%	100%
<b>ARAU-HAUSTEA GERTATZEN TRATAMENDUA HARTU</b>				
Ez aginduta	7	22	<b>50%</b>	<b>84,6%</b>
Ez beteta	4	1	28,6%	3,8%
Antipsikotiko orala	1	2	7,1%	7,7%
Antipsikotiko+umore egonkortzailea	1	0	7,1%	0%
Antidepressiboa	1	0	7,1%	0,0%
Antidepressibo+antsiolitiko	0	1	0%	3,8%
GUZTIRA	14	26	100%	100%

*Iturria: norberak egina*

Taulan ikusi daitekeenez, arau-hauste penalaren aurreko estresagarrii dagokionez, biktimen %73,3ak eta erasotzaileen %35,7ak, eztabaida bat mantendu zuen arau-haustearen aurretik. eBiktimetatik inork ez zeukan sintoma psikotiko positibo ezta negatiborik eraso gertatu zenean. Erasotzaile gehienek ez zuten sintoma psikotiko positiborik aurkezten eraso gertatu zenean (%87,5), ezta negatiborik (%78,6). Biktima diren LGP-en %90 ak ez zuen beste psikopatologia akaturik aurkezten. LGP erasotzaileen kasuan, erdiak baino zeozer gutxiagok (%42,8), antsietatea edota kinaden kontrol eza aurkezten zuten eraso gertatu zenean. Komorbiliatearen kasuan, biktimen %96,4ak ez zuen horrelakorik aurkezten, erasotzaileen herenak (%33,3) sustantzien kontsumoa zuten bitartean. Azkenik, biktimen %88,4ak eta erasotzaileen %78,6ak ez zuten tratamendu farmakologikorik hartzen erasoaren momentuan.

Ondorengo tauletan, kasu bakoitzean egindako delituak zehazten dira:

## 21.Taula. LGP-ek euren lehenengo ekintza aurrekarian egindako arau-hauste penala

ARAU-HAUSTE MOTA: ERASOTZAILEA	MAIZTASUNA	EHUNEKOA
Intentzozko giza hilketa	1	8,3%
<b>Familiaren baitan gertaturiko tratu txarrak</b>	2	<b>16,7%</b>
<b>Familiaren baitan gertaturiko ohiko tratu txarrak</b>	6	<b>50,0%</b>
Beste leku batzuetan indarrez egindako lapurreta	1	8,3%
Indarkeriaz egindako lapurreta	1	8,3%
Autoritatearen aurkako atentatua	1	8,3%
GUZTIRA	12	100%

*Iturria: norberak egina*

21. taulan ikus daitekeen moduan, kasuen erdian baino gehiagotan (%66,7), LGP-ek egindako arau-hauste ohikoena, familia barneko indarkeriaren barruan sar daitekeena izan da. Ondarearen aurkako delituak ez dira agertzen arau-hauste ohikoena bezala.

## 22. Taula: LGP-ak lehen aldiz biktima direneko arau-hauste mota

ARAU-HAUSTE MOTA: BIKTIMA	MAIZTASUNA	EHUNEKOA
Intentzozko giza hilketa	1	3,4%
<b>Familiaren baitan tratu txarrak</b>	3	<b>10,3%</b>
<b>Lesioak</b>	17	<b>58,6%</b>
<b>Familiaren baitan gertaturiko ohiko tratu txarrak</b>	4	<b>13,8%</b>
Indarkeriaz egindako lapurreta	1	3,4%
Motordun ibilgailuak kentzea	1	3,4%
Segurtasun publikoaren aurkako beste arau-hauste batzuk	2	6,9%
GUZTIRA	29	100%

*Iturria: norberak egina*

LGP-ak arau-hauste baten biktima direnean, lesioak dira deliturik ohikoenak kasuen erdian baino gehiagotan (%58,6), bigarren tokian familia barneko indarkeria dagoelarik (%24,1).

Jarraian ikus daitekeen taulan, arau-haustea gertatu zenean sustantzia kontsumoaren presentzia eta kontsumo aurrekariak azaltzen dira.

**23.Taula. LMEI-an aurrekariak dituzten LGP-en sustantzia kontsumoa lehendabiziko ekintza aurrekarian.**

	MAIZTASUNA		EHUNEKOA	
	Erasotzailea	Biktima	Erasotzailea	Biktima
<b>SUSTANTZIA KONSTUMOA ERASOAN</b>				
Ez	2	27	14,3%	<b>93,1%</b>
Bai	12	2	<b>85,7%</b>	6,9%
GUZTIRA	14	29	100%	100%
<b>KONTSUMITUTAKO DROGA MOTA</b>				
Ez dauka zentzurik	2	27	14,3%	<b>93,1%</b>
Alkohola	1	0	7,1%	0%
Alkohola+kannabis	1	0	7,1%	0%
Kannabis	3	2	21,4%	6,9%
Kannabis+estimulanteak	1	0	7,1%	0%
Bi baino gehiago	6	0	<b>42,9%</b>	0%
GUZTIRA	14	29	100%	100%
<b>SUSTANTZIEN KONTSUMO AURREKARIAK</b>				
Ez	3	23	21,4%	<b>79,3%</b>
Bai	11	6	<b>78,6%</b>	20,7%
GUZTIRA	14	29	100%	100%

*Iturria: norberak egina*

23.taulan ikus daitekeen bezala, “LGP biktimen ” %93,1-en kasuan ez da agertzen sustantzien kontsumoa arau-hauste penala gertatzen denean, ordea, erasotzaileen %85,7etan agertzen da. Azken hauen atean ohikoena sustantzia ugariaren kontsumoa da ohikoena (%42,9%), biktimek soilik kannabisa kontsumitzen duten bitartean. Biktima gehienetan ez da sustantzia kontsumo aurrekaririk agertzen, erasotzaileen kasuan, ordea, kontrakoa gertatzen da.

Azkenik, kasu bakoitzean nor izan den biktima(LGP erasotzailearen kasuan) edota erasotzaile (LGP biktimaren kasuan) aurkezten dugu.

#### **24.taula. Biktima/erasotzaile: lehendabiziko ekintza aurrekaria**

	BIKTIMA (LGP erasotzailea)		ERASOTZAILEA (LGP biktima)	
	MAIZTASUNA	EHUNEKOA	MAIZTASUNA	EHUNEKOA
Ez dauka zentzurik	0	0%	1	3,3%
Bikotea	2	14,3%	3	10%
Bikote ohikoa	1	7,1%	1	3,3%
Beste familiarra	5	35,7%	4	13,3%
Ez familiarra	6	<b>42,9%</b>	21	<b>70%</b>
GUZTIRA	<b>14</b>	100%	<b>30</b>	100%

*Iturria: norberak egina*

LGP biktimen bi heren baino zertxobait gehiagok eraso jasotzen dute familiarrik kanpoko pertsonen esku. LGP denean erasotzailea, familiarrik kanpoko pertsonal dira biktima kasuen %42,9an

### **1.5 Lege Medikuntzako Euskal Institutoan (LMEI) bigarren ekintza aurrekariaren deskribatzailea.**

Atal honetan, LMEI-an bigarren ekintza aurrekariaren deskribatzailea aurkezten da, biktima edota erasotzaile izan diren lehen gertakari psikotikoetan interesa duten aldagaiak aldaratuz.

**25.Taula. Erasotzaile/biktima arteko konparazioa bigarren ekintza aurrekaraian LMEI-an**

	MAIZTASUNA		EHUNEKOA	
	Erasotzailea	Biktima	Erasotzailea	Biktima
<b>AURREKARI ESTRESAGARRIAK</b>				
Ez	3	1	<b>50%</b>	20%
Eztabaida	3	4	<b>50%</b>	<b>80%</b>
Guztira	6	5	100%	100%
<b>SINTOMA POSITIBOAK ARAU-HAUSTEA GERTATZEAN</b>				
Ez	4	5	<b>100%</b>	<b>100%</b>
Eldarnioak	0	0	0%	0%
GUZTIRA	4	5	100	100%
<b>SINTOMA NEGATIBOAK ARAU-HAUSTEA GERTATZEAN</b>				
Ez	4	5	<b>66,7%</b>	<b>100%</b>
Enbotamendu txeratsua	2	0	33,3%	0%
Enbotamendu txeratsua + uzkurtsun soziala	0	0	0%	0%
GUZTIRA	6	5	100%	100%
<b>BESTE PSIKOPATOLOGIA ARAU-HAUSTEAN</b>				
Ez	3	5	<b>50%</b>	<b>100%</b>
Antsietatea	0	0	0%	0%
Antsietatea+ kinaden kontrik gabezia	1	0	16,7%	0%
Kinaden kontrol gabezia	2	0	<b>33,3%</b>	0%
Euforia	0	0	0%	0%
GUZTIRA	6	5	100%	100%
<b>KOMORBILITATEA</b>				
Ez	1	5	<b>50%</b>	<b>100%</b>
Nortasun desoreka Cluster B	0	0	0%	0%



Gaitasun intelektual mugatua	0	0	0%	0%
Sustantzien dependentzia/gehiegizko erabilera	1	0	<b>50%</b>	0%
GUZTIRA	2	5	100%	100%
<b>ARAU HAUSTEA GERTATZEAN JARRAIPEN PSIKIATRIKOA</b>				
Ez	2	4	33,3%	<b>80%</b>
Bai	4	1	<b>66,6%</b>	20%
Jarraipena ustea	0	0	0%	0%
GUZTIRA	6	5	100%	100%
<b>TRATAMENDUA HARTZEA ARAU- HAUSTEA GERTATZEAN</b>				
Ez aginduta	2	4	33,3%	<b>100%</b>
Ez beteta	3	0	<b>50,0%</b>	0%
Antipsikotiko orala	1	0	16,7%	0%
Antipsikotiko + umore egonkortzailea	0	0	0%	0%
Antidepressiboa	0	0	0%	0%
Antidepressiboa + ansiolitikoa	0	0	0%	0%
GUZTIRA	6	4	100%	100%

*Iturria: norberak egina*

Biktimen %80ak eta erasotzaileen %50ak eztabaida bat izan zuen eraso gertatu aurretik. Erasotzaileen %33,3tan, enbotamendu txeratsua aurkitu da, beste sintoma psikotiko positibo edota negatiborik somatu gabe. Bestalde, erasotzaileen herenak, kinaden kontrolean arazoak dituzte eta ez da aurkitu euforia kasurik.

Biktimetatik inork ez dauka komorbilitaterik deskribatuta, erasotzaileen kasuan, ordea, %50ak sustantzien kontsumo arazoa dauka. Erasotzaileen %66,6ak jarraipena mantentzen zuen CRUPEP-en, biktimen %80ak, ordea, ez.

Azkenik, erasotzaileetatik %50ak eta biktimetatik inork ez zuen tratamendu farmakologikorik jarraitzen.

Ondorengo tauletan, kasu bakoitzean egindako arau-hauste penala deskribatzen da:

## 26. Taula. LMEI-n bigarren ekintza aurrekarian egindako arau-hauste mota

ARAU-HAUSTE MOTA: ERASOTAILEA	MAIZTASUNA	EHUNEKOA
Intentziozko giza hilketa	0	0%
Familiaren baitan gertatutako tratu txarrak	0	0%
<b>Familiaren baitan gertatutako ohiko tratu txarrak</b>	<b>3</b>	<b>50%</b>
Alkohol eta drogen efektupean gidatu	1	16%
Zigor-haustea	1	16%
Beste toki batzuetan indarrez egindako lapurreta	0	0%
Indarkeriaz egindako lapurreta	0	0%
Autoritatearen aurkako atentatua	1	16%
GUZTIRA	<b>6</b>	<b>100%</b>

*Iturria: norberak egina*

Taula honetan ikusi daitekeen bezala, arau-hauste ohikoena (%50) familiaren baitan gertaturiko tratu txarrak dira.

## 27. Taula. LGP-ak bigarren aldiz biktima diren arau-hauste mota

ARAU-HASTEMOTA: BIKTIMA	MAIZTASUNA	EHUNEKOA
Intentziozko giza-hilketa	0	0%
Familiaren baitan gertaturiko tratu txarrak	0	0%
<b>Lesioak</b>	<b>3</b>	<b>60%</b>
<b>Familiaren baitan gertaturiko ohiko tratu txarrak</b>	<b>2</b>	<b>40%</b>
Indarkeriaz egindako lapurreta	0	0%
Motordun ibilgailuak kentzea	0	0%
Segurtasun publikoaren aurkako beste arau-hauste batzuk	0	0%
GUZTIRA	<b>5</b>	<b>100%</b>

*Iturria: norberak egina*

Kasu honetan, LGP-en %60a lesioen biktima dira euren bigarren ekintza aurrekarian LMEI-an. Gainontzeko %40a, familiaren baitan gertaturiko tratu txarren biktima dira.

Hurrengo taulan, eraso gertatzen denean sustantzien kontsumoa eta sustantzia kontsumo aurrekariak azaltzen dira.

## 28.Taula. LMEI-an aurrekariak dituzten LEP-en sustantzia kontsumoa bigarren ekintza aurrekarian

	MAIZTASUNA		EHUNEKOA	
	Erasotzaile	Biktima	Erasotzaile	Biktima
<b>SUSTANTZIEN KONTSUMOA ARAU-HAUSTEA GERTATZEAN</b>				
Ez	1	5	16,7%	<b>100%</b>
Bai	5	0	<b>83,3%</b>	0%
GUZTIRA	6	5	100%	100%
<b>KONTSUMITUTAKO SUSTANTZIA MOTA</b>				
Ez dauka zentzurik	1	5	16,7%	<b>100,0%</b>
Alkohola	0	0	0%	0%
Alkohola + kannabis	1	0	16,7%	0%
Kannabis	2	0	<b>33,3%</b>	0%
Kannabis +	0	0	0%	0%
Estimulanteak				
Bi baino gehiago	2	0	<b>33,3%</b>	0%
GUZTIRA	6	5	100%	100%
<b>SUSTANTZIEN KONTSUMOAREN AURREKARIAK</b>				
Ez	0	5	0%	<b>100%</b>
Bai	6	0	<b>100%</b>	0%
GUZTIRA	6	5	100%	0%

*Iturria: norberak egina*

Azkenik, kasu bakoitzean nor izan den biktima zein erasotzaile aurkezten da.

## 29. taula. Biktima/erasotzaile: bigarren ekintza aurrekaria

	BIKTIMA (LGP erasotzailea)		ERASOTZAILEA (LGP biktima)	
	MAIZTASUNA	EHUNEKOA	MAIZTASUNA	EHUNEKOA
Ez dauka zantzurik	1	16,7%	0	
Bikotea	0	0%	1	20%
Bikote ohia	2	<b>33,3%</b>	1	20%
Beste familiarra	2	<b>33,3%</b>	0	0%
Ez familiarra	1	16,7%	3	<b>60%</b>
GUZTIRA	6	100%	5	100%

*Iturria: norberak egina*

LMEI-ren bigarren ekintza aurrekarian, %66,6 kasuetan, LGP-ek familia barneko pertsona bati egiten diote eraso. Hala ere, kasuen %60an, familiatik kanpoko pertsona batek erasotzen ditu LGPak.

## 1.6 Lege medikuntzako Euskal Institutoan hirugarren ekintza aurrekariaren deskribatzailea.

Hurrengo taulan, hirugarren ekintza aurrekariaren analisi deskribatzailean emaitzak atxikitzen dira, aldagaiak alderatuz biktima edo erasotzaile izatearen arabera.

## 30.Taula.Erasotzaile/biktima arteko konparazioa hirugarren ekintza aurrekarian LMEI-an

	MAIZTASUNA		EHUNEKOA	
	Erasotzaile	Biktima	Erasotzaile	Biktima
<b>AURRETIKO ESTRESAGARRIAK</b>				
Ez	2	1	<b>50%</b>	20%
Eztabaida	2	4	<b>50%</b>	<b>80%</b>
GUZTIRA	4	5	100%	100%

<b>ARAU-HAUSTE BITARTEAN SINTOMA POSITIBOAK</b>				
Ez	4	5	<b>100%</b>	<b>100%</b>
Eldarinioak	0	0	0%	0%
GUZTIRA	4	5	100%	100%
<b>ARAU-HAUSTEA GERTATZEAN SINTOMA NEGATIBOAK</b>				
Ez	3	5	<b>75%</b>	<b>100%</b>
Enbotamendu txeratsua	1	0	25%	0%
Enbotamendu txeratsua + uzkurtasun emozionala	0	0	0%	0%
GUZTIRA	4	5	100%	100%
<b>ARAU-HAUSTEA GERTATZEAN BESTE PSIKOPATOLOGIA</b>				
Ez	1	5	25%	<b>100%</b>
Antsietatea	0	0	0%	0%
Antsietatea+ kinaden kontrol gabezia	1	0	25%	0%
Kinaden kontrol gabezia	2	0	<b>50%</b>	0%
Euforia	0	0	0%	0%
GUZTIRA	4	5	100%	100%
<b>KOMORBILITEA</b>				
Ez	0	5	0%	<b>100%</b>
Nortasun desoreka Cluster B	1	0	<b>100%</b>	0%
Gaitasun intelektual mugatua	0	0	0%	0%
Sustantzien dependentzia/gehiegizko erabilera	0	0	0%	0%
GUZTIRA	1	5	100%	100%
<b>ARAU-HAUSTEA GERTATZEAN JARRAIPEN PSIKIATRIKOA</b>				
Ez	2	4	<b>50%</b>	<b>100%</b>

Bai	2	0	<b>50%</b>	0%
Jarraipena ustea	0	0	0%	0%
GUZTIRA	4	4	100%	100%
<b>ARAU-HAUSTEA GERTATZEN TRATAMENDUA HARTU</b>				
Ez jarrita	2	4	<b>50%</b>	<b>100%</b>
Ez beteta	1	0	25%	0%
Antipsikotiko oral	1	0	25%	0%
Antipsikotiko + umore egonkortzailea	0	0	0%	0%
Antidepressiboa	0	0	0%	0%
Antidepressiboa + antsiolitiko	0	0	0%	0%
GUZTIRA	4	4	100%	100%

*Iturria: norberak egina*

Erasoaren aurretiko estresagarriei dagokienez, biktimen %80ak eta erasotzaileen %50ak aurretiko eztabaida bat izan zuten. Biktima eta erasotzaileetatik inork ez zuten aurkezten sintoma psikotiko positibo edo negatiborik eraso gertatu zen bitartean, hala ere, erasotzaileen %25ak enbotamendu txeratsua aurkezten zuten. Beste mota bateko psikopatologiari dagokionez, biktimetan ez da somatzen eta erasotzaileetan, %50ak aurkezten du kinaden kontrolean ezgaitasuna. Soilik erasotzeileen %50ak mantentzen zuten jarraipena CRUPEP-en eraso gertatu zenean, eta hauen artean, %75ak ez zuten tratamendu farmakologikorik hartzen. Biktimetatik, inork ez zuten jarraipen psikiatrikorik ezta tratamendu farmakologikorik jarraitzen.

Hurrengo taulan betetako arau-hauste mota aurkezten da:

### 31.Taula. LMEIan hirugarren ekintza aurrekarian egindako arau-hauste penalak

ARAU-HAUSTE MOTA:ERASOTZAILEA	MAIZTASUNA	EHUNEKOA
Intentzizko giza hilketa	0	0,0%
Familiaren baitan tratu txarrak	0	0,0%
<b>Familiaren baitan ohiko tratu txarrak</b>	<b>4</b>	<b>100,0%</b>
Beste leku batzuetan indarrez egindako lapurretak	0	0,0%
Indarkeriaz egindako lapurreta	0	0,0%
Autoritatearen aurkako atentatua	0	0,0%
GUZTIRA	4	100,0%

*Iturria: norberak egina*

Kasu guztietan arau-hauste mota familiaren baitan gertaturiko tratu txarrak da.

### 32. Taula. LGP-ak hirugarren aldiz biktima diren arau-hauste mota

TARAU-HAUSTE MOTA: BIKTIMA	MAIZTASUNA	EHUNEKO
Intentzizko giza hilketa	0	0,0%
Familiaren baitan gertaturiko tratu txarrak	0	0,0%
<b>Lesioak</b>	<b>3</b>	<b>60,0%</b>
<b>Familiaren baitan gertaturiko ohiko tratu txarrak</b>	<b>2</b>	<b>40,0%</b>
Indarkeriaz egindako lapurreta	0	0,0%
Motordun ibilgailuak kentzea	0	0,0%
Segurtasun kolektiboaren aurkako beste arau-haustek	0	0,0%
GUZTIRA	5	100,0%

*Iturria: norberak egina*

LMEI-an gertaturiko bigarren ekintza aurrekarian bezala, kasu guztietan dira lesioen (%60) edota familiaren baitan gertaturiko tratu txarren (40%) biktima.

Hurrengo taulan, konparatzen dira sustantzien kontsumo aurrekariak eta sustantzien kontsumoa eraso gertatu zen bitartean.

**33. Taula. LMEI-an aurrekariak dituzten LEP-en sustantzia kontsumoa hirugarren ekintza aurrekarian**

	MAIZTASUNA		EHUNEKOA	
	Erasotzailea	Biktima	Erasotzailea	Biktima
<b>SUSTANTZIEN KONTSUMOS ARAU-HAUTEA GERTATZEAN</b>				
Ez	0	2	0%	<b>100%</b>
Bai	4	0	<b>100%</b>	0%
GUZTIRA	4	2	100%	100%
<b>KONTSUMITURIKO SUSTANTZIA MOTA</b>				
Ez su zentzurik	0	2	0%	<b>100%</b>
Alkohola	0	0	0%	0%
Alkohola + Kannabis	1	0	25,0%	0%
Kannabis	1	0	25,0%	0%
Kannabis +	0	0	0%	0%
Estimulanteak				
Bi baino gehiago	2	0	<b>50,0%</b>	0%
GUZTIRA	4	2	100%	100%
<b>SUSTANTZIEN KONTSUMO AURREKARIAK</b>				
Ez	0	2	0%	<b>100%</b>
Bai	4	0	<b>100%</b>	0%
GUZTIRA	4	2	100%	100%

*Iturria: norberak egina*

Erasotzaile guztiek sustantziak kontsumitu zituzten eraso gertatu zenean, kasuen erdian, droga mota bat baino gehiago elkarrekin hartuz. Biktimen kasuan, ordea, inork ez zuen drogarik kontsumitu. Proporzio berbera mantentzen da kontsumo aurrekarien kasuan.

Azkenik, erakusten dugu nor izan den kasu bakoitzean erasoaren biktima edo erasotzaile.



### 34.taula. Biktima/erasotzaile hirugarren ekintza aurrekaria

	BIKTIMA (LGP erasotzailea)		ERASOTZAILEA (LGP biktima)	
	MAIZTASUNA	EHUNEKOA	MAIZTASUNA	EHUNEKOA
Ez du zentzurik	0	0%	0	0%
Bikotea	1	25,0%	0	0%
Bikote ohia	1	25,0%	1	<b>50,0%</b>
Beste familiarra	2	<b>50,0%</b>	0	0%
Ez familiarra	0	0%	1	50,0%
GUZTIRA	4	100%	2	100%

*Iturria: norberak egina*

Lehen gertaera psikotikoeak eraso jasotzen dute, gehienbat, bikote ohiaren aldetik (%50) eta familiaratik kanpoko pertsonen esku. Eurek direnean erasotzailek, kasuen %100tan biktima familiarren bat da.

### **1.7 Lege medikuntzako Euskal Institutoan laugarren ekintza aurrekariaren deskribatzailea.**

Ondoren, LMEI-an agerturiko laugarren ekintza aurrekariaren emaitzen analisi deskribatzailea atxikitzen dugu, LGP-a biktima edo erasotzaile den arabera. Kasu honetan, soilik aurkitu ditugu erasotzaile gisa lau ekintza aurrekari dituzten bi paziente eta biktima bat ere ez.

### 35.Taula. Erasotzailearen ezaugarriak laugarren ekintza aurrekarian LMEI-an

	MAIZTASUNA	EHUNEKOA
	Erasotzailea	Erasotzailea
<b>AURRETIKO ESTRESAGARRIAK</b>		
Ez	1	<b>50%</b>
Eztabaida	1	<b>50%</b>
GUZTIRA	2	100%
<b>ARAU-HAUSTEAN SINTOMA POSITIBOAK</b>		
Ez	2	<b>100%</b>
Eldarnioak	0	0%
GUZTIRA	2	100%
<b>ARAU-HAUSTEA GERTATZEN</b>		

<b>DENEAN SINTOMA NEGATIBOAK</b>		
Ez	2	<b>100%</b>
Enbotamendu txeratsua	0	0%
Enbotamendu txeratsua+uzkurtasun emozionala	0	0%
GUZTIRA	2	100%
<b>ARAU-HAUSTEA GERTATZEAN</b>		
<b>BESTE PSIKOPATOLOGIA</b>		
Ez	1	<b>100%</b>
Antsietatea	0	0%
Antsietatea +kinaden kontrolaren gabezia	0	0%
Kinaden kontrolaren gabezia	0	0%
Euforia	0	0%
GUZTIRA	1	100%
<b>KOMORBILITATEA</b>		
Ez	0	0%
Nortasun desoreka Cluster B	1	<b>50%</b>
Gaitasun intelektual mugatua	1	<b>50%</b>
Sustantzien dependentzia/gehiegizko erabilera	0	0%
GUZTIRA	2	100%
<b>ARAU-HAUSTEA GERTATZEAN</b>		
<b>JARRAIPEN PSIKIATRIKOA</b>		
Ez	1	<b>50%</b>
Bai	1	<b>50%</b>
Jarraipenaren ustea	0	0%
GUZTIRA	2	100%
<b>ARAU-HAUSTEA GERTATZEAN</b>		
<b>TRATAMENDUA HARTU</b>		
Ez jarrita	1	<b>50%</b>
Ez beteta	0	0%
Antipsikotiko orala	1	<b>50%</b>
Antiosikotiko + umore egonkortzailea	0	0%
Antidepressiboa	0	0%
Antidepressibo + Antsiolitikoa	0	0%
GUZTIRA	2	100%

Deigarriena kasu honetan, lehen gertaera psikotikoen bi kasu hauetatik, inork ez duela sintoma psikotiko positibo, negatibo edota besta psikopatologia akaturik aurkezten erasoaren momentuan. Bietako batek, cluster B motatako nortasun desoreka bat dauka eta besteak gaitasun intelektual limitea. Bietako batek (%50), eraso gertatu zen momentuan, jarraipena mantentzen zuen CRUPEP-en eta tratamendu farmakologikoa hartzen zuen, besteak (%50), ordea, ez zuen jarraipenik ez tratamendurik.

Hurrengo taula, kasu bakoitzean gertaturiko delitu mota azaltzen da.

### 36. taula. LGP-ak laugarren aldiz erasotzaile diren arau-hauste mota

ARAU-HAUSTE MOTA: ERASOTZAILEA	MAIZTASUNA	EHUNEKOA
Intentziozko giza hilketa	0	0%
Familiaren baitan gerteturiko tratu txarrak	0	0%
<b>Familiaren baitan gertaturiko ohiko tratu txarrak</b>	1	<b>50%</b>
Beste lekuetan indarkeriaz gertaturiko lapurretak	0	0%
Indarkeriaz egindako lapurretak	0	0%
Autoritatearen aurkako atentatua	0	0%
<b>Zigor haustea</b>	1	<b>50%</b>
GUZTIRA	2	100%

*Iturria: norberak egina*

Arau-hauste motari dagokionez, bietako batek, familiaren baitan gertaturiko tratu txarrak eragiten dituen bitartean, bestearen delitua zigor-haustea da.

Hurrengo taulan, sustantzien kontsumo aurrekariak eta erasoaren momentuan sustantzien kontsumoa egotea konparatzen dira.

**37. taula. LMEI-an aurrekariak dituzten LGPen sustantzia kontsumoa laugarren ekintza aurrekarian**

	MAIZTASUNA		EHUNEKOA	
	Erasotzailea		Erasotzailea	
<b>ARAU-HAUSTEA GERTATZEAN SUSTANTZIEN KONTSUMOA</b>				
Ez	1		50%	
Bai	1		50%	
GUZTIRA	2		100%	
<b>KONTSUMITURIKO SUSTANTZIA MOTA</b>				
Ez dauka zentzurik	1		50%	
Alkohola	0		0%	
Alkohola + Kannabisa	0		0%	
Kannabisa	0		0%	
Kannabis + Estimulanteak	0		0%	
Bi baino gehiago	1		50%	
GUZTIRA	2		100%	
<b>SUSTANTZIEN KONTSUMO AURREKARIAK</b>				
Ez	0		0	
Bai	2		100%	
GUZTIRA	2		100%	

*Iturria: norberak egina*

Azkenik, kasu bakoitzean nor izan den arau-haustearen biktima edota erasotzailea aurkezten dugu

**38. taula. Biktima mota: laugarren ekintza aurrekaria LMEI-an**

	BIKTIMA	
	MAIZTASUNA	EHUNEKOA
Ez du zentzurik	0	0%
Bikotea	1	50%
Bikote ohia	0	0%
Beste familiarra	1	50%
Ez familiarra	0	0%
GUZTIRA	2	100%

*Iturria: norberak egina*

Laugarren ekintza aurrekaria daukaten bi lehen gertakari psikotikoen biktima, familiarren bat da.

## **1.8. Lehenengo arau-haustearen deskribatzailea**

Lagina azpiataletan banatu da, ikerturiko aldagaien artean ezberdintasunak dauden aztertzeko asmoz. Atal honetan atxikitzen dira lehenengo arau-hausteari dagozkion emaitzak, konparatuz aurretik biktima izan direnak (5) (“biktima-erasotzaile delituko ditugu), soilik erasotzaile izan direnekin (14) (“erasotzaile bakarrik”).

Ez ditugu ezberdintasun adierazgarriak aurkitu arau-haustea gertatzean zuten adinean, pizkat baxuagoa izanik aurretik biktima izan ez direnen kasuan (27,3+- 9,21 urte) izan direnen aldean (31+-13,1 urte) ( $p=0,504$ ).

Delitu motari dagokionez ez ditugu aurkitu ezberdintasun adierazgarriak. Bi kasuetan, arau-hauste ohikoena indarkeria familiar gisa ezagutzen duguna da (honen barne, familiarren baitan gertaturiko tratu txarrak eta familiarren baitan gertaturiko ohiko tratu txarrak sartzen dira), %60ko maiztasunarekin “biktima-erasotzaileen” kasuan eta %57,2ko maiztasunarekin “erasotzaile bakarrik” azpitaldearen kasuan. Biktimatik erasotzailera pasatzen den azpiatalean, gainontzeko %40ak meatxuak ditu arau-hauste gisa eta ez dute inoiz lehenengo delitu gisa giza-hilketarik edota ondarearen aurkako deliturik egin lehendabiziko arau-haustean. Hala ere, “erasotzaile bakarrik” diren azpiataleko pazienteetatik bik (%14,2), lehenengo arau-hauste gisa intentziosko giza hilketa eragiten dute, beste bik (%14,2) ondarearen aurkako delituak eta kasu bakarrak (%7,1%), autoritatearen aurkako atentatua ( $p=0,224$ ).

Ez dugu aurkitzen ezberdintasun adierazgarriak ere ez biktima motari dagokionez. “Biktima-erasotzaile” azpiatalekoen kasuen %100ean, biktima familiarren bat izan da (%40 bikote/bikote ohia eta %60 beste familiar bat). “Erasotzaile bakarrik” direnen kasuan, %42,9an, biktima familiarrik kanpoko pertsona bat da. ( $p=0,150$ ).

Aurretiko estresagarriei dagokienez, “biktima-erasotzaileen” %60ak eta “erasotzaile bakarrik” direnen %35,7ak, erasoaren aurretik eztabaida bat izan zuen ( $p=0,336$ ).

Ez da ezberdintasun adierazgarririk aurkitzen bi azpiataletan erasoak gertatu zenean agertzen zen sintoma psikotikoei dagokionez. “Erasotzaile bakarrik” diren azpiatalean, pazienteen %57,1ak ez zuen sintoma positiborik aurkezten ( $p=3,9$ ) eta %78,6ak ez zuen sintoma negatiborik aurkezten ( $p=0,524$ ). “Biktima-erasotzaile” azpiatalaren kasuan %40ak ez zuen sintoma positiborik aurkezten eta %80ak ez zuen sintoma negatiborik. Lehen gertaera psikotikoei aurkezten duten lehen mailako sintomarik ohikoena eldarnioak dira, maiztasun altuagoz agertuz “biktima-erasotzaile” azpiatalean (%40 vs %14,3).

Bestalde, ez da ezberdintasun adierazgarririk aurkitzen azpitaldeetan, psikopatologia akutuaren, komorbilitatearen edota sustantzia kontsumoen presentzia aztertzen denean. Hala ere, LGP gehienek (“biktima-erasotzaileen %100 eta “erasotzaile bakarrik” azpiatalaren %85,7), sustantziaren bat kontsumitu zuen erasoak gertatu zenean, ohikoena izanik droga bat baino gehiago elkarrekin hartu izana (%20 “biktima-erasotzaileen” kasuan eta %42,9 “erasotzaile bakarrik” direnen kasuan), bigarren postuan geratuz kannabisaren kontsumoa (%20 “biktima-erasotzaile”-ren kasuan eta %21,4 “erasotzaile bakarrik”-en kasuan) ( $p=0,704$ ).

Erasotzaileen erdiak baino gehiagok (%60 “biktima-erasotzaileetan” vs %71,4 “erasotzaile bakarrik”-etan), ez zuen jarraipen psikiatrikorik arau-haustea gertatu zenean, kasu batzuetan erasoak LGP-a baino lehen gertatu zelako eta beste batzuetan, kontsuletara joateari utzi ziotelako ( $p=0,524$ ).

Azkenik, “biktima-erasotzaile”-tatik %80ak eta “erasotzaile bakarrik”-etatik %78,6ak, ez zuen tratamendu farmakologikorik hartzen arau-haustea gertatu zenean.

## **1.9 Lehen gertaera psikotiko bat (LGP) arau-hauste penal baten biktima den lehendabiziko ekintzaren deskribatzailea**

Aurreko kasuen egin dugun bezala, bi azpitalde banatu dira: alde batetik “biktima-erasotzaile” izan direnak eta bestetik “biktima bakarrik” izan direnak.

Ondorengo taulan ikus ditzakegu ezberdintasun adierazgarriak aurkeztu dituzten aldagaiak.

**39.taula. Ezaugarri diferentzialak “biktima-erasotzaile” eta “biktima-bakarrik”-en artean**

	Biktima-erasotzaile		Biktima bakarrik		<i>P</i> (Pearson -en Chi- karratua )
	MAIZTASUN A	EHUNEKO A	MAIZTASUN A	EHUNEKO A	
<b>BESTE PSIKOPATOLOGI A ARAU-HAUSTEA GERTATZEAN</b>					
No	2	40%	27	90%	0,016
Ansiedad	1	20%	1	3,3%	
Ansiedad + Depresión	1	20%	2	6,7%	
Euforia	1	20%	0	0%	
TOTAL	5	100%	30	100%	
<b>SUSTANTZIEN KONTSUMOS ARAU-HAUTEA GERTATZEAN</b>					
Ez	2	40%	27	93,1%	0,015
Bai	3	60%	2	6,9%	
GUZTIRA	5	100%	29	100%	
<b>KONTSUMITURIK O SUSTANTZIA MOTA</b>					
Ez dauka zentzurik	2	40%	27	93,1%	0,003
Alkohol +Kannabis	1	20%	0	0%	

Kannabis	1	20%	2	6,9%
Bi baino gehiago	1	20%	0	0%
GUZTIRA	5	100%		100%

*Iturria: norberak egina*

Behatu daitekeen moduan, ezberdintasun adierazgarriak aurkitu ditugu bi azpiatalen artean, eraso gertatu zenean aurkezten zuten psikopatologian. “biktima bakarrik” izan diren LGP-en %90ak ez du psikopatologia akututik (psikotikoa ez dena) aurkezten, baina “biktima-erasotzaile”-en %20ak antsietatea aurkezten du, %20ak euforia eta beste %20ak sintoma antsioso-depresiboak ( $p=0,016$ ). Hala era, “biktima bakarrik”-en %100ak ez du sintoma psikotiko positibo ezta negatiborik aurkezten; antzeko gertatzen da “biktima-erasotzaileen kasuan”, zeinetan %80ak ez du aurkezten sintoma psikotiko positiborik eta inork ez du sintoma psikotiko negatiborik aurkezten. “biktima bakarrik” diren %90a baino gehiagok, drogak kontsumitu zituen erasoaren momentuan, “biktima erasotzaile”-en kasuan maiztasuna %40koa izanik ( $p=0,015$ ). “Biktima bakarrik” azpitaldeak, kasu guztietan kannabisa kontsumitu zuen, ordea, “biktima-erasotzaile”-en kasuan, herenak alkohola eta kannabisa kontsumitu zuen, beste herenak kannabisa eta beste herenak bi droga baino gehiago.

Bestalde, ez dira ezberdintasun adierazgarriak aurkitzen adinean ( $30,40\pm 13,35$  “biktima-erasotzaileetan” vs  $26,14\pm 9,3$  “biktima bakarrik”-etan), ezta arau-hauste motan, dena den, deigarria da “biktima bakarrik” azpitaldean familia barneko indarkeria gehiago dagoela (%60  $p=0,793$ ) beste azpitaldean baino, non lesioak diren lehen postuan daudenak (%58,6  $p=0,793$ ). Erasotzaile motari dagokionez, “biktima-erasotzaile” taldean, kasuen %40a, bikotea edo bikote ohia da, %20an beste familiar bat eta geratzen den %40an familiatik kanpoko pertsonaren bat. “Biktima bakarrik” azpitaldean, erasoaren %70a familiatik kanpoko pertsona baten esku egiten da ( $p=0,440$ ).

“Biktima-erasotzaile”-en %100ak eta “erasotzaileak bakarrik”-en hiru laurdenak (%73,3), eztabaida bat izan zuten arau-haustearen aurretik ( $p=0,249$ ).

Pazienteen erdiak baino gehiagok ez zuten jarraipena egiten CRUPEP-en lehenengo aldiz arau-hauste penal baten biktima izan zirenean (%60 “biktima-erasotzaileetan” eta %84,6 “biktima bakarrik” direnetan  $p=0,241$ ) eta gehiengoak ez zuten tratamendu farmakologikorik hartzen (%80 “biktima-erasotzaile”-tan eta %88,4 “biktima bakarrik”-etan  $p=0,252$ ).



## 1.10 Erasotzaile berreorlearen deskribatzailea

Ez dugu ezberdintasun adierazgarrik aurkitzen aldi bakarreko erasotzaile eta erasotzaile berreorlearen artean adinaren mediari dagokionez 27,86koa izanik aldi bakarreko erasotzaileen kasuan eta 27,73koa erasotzaile berreorleetan. Ez dugu ere ez ezberdintasun adierazgarrik aurkitzen delitu motari dagokionez, bi kasuetan izanik maiztasun altuenekoa familiaren baitan gertaturiko tratu txarrak eta familiaren baitan gertaturiko ohiko tratu txarrak (%71,3 aldi bakarreko erasotzaileetan eta %75 erasotzaile berreorleetan). Bi kasuetan, biktima mota ohikoena familia barneko pertsonaren bat da, ezberdintasun adierazgarrik gabe. Ez dugu ezberdintasun adierazgarrik aurkitzen ere ez estresagarrien presentzian edota sintoma psikotikoen presentzian.

**40. taula. Aldi bateko erasotzaile eta erasotzaile berreorlearen artean ezberdintasun adierazgarriak dituzten aldagaiak**

	Lehehengo arau-haustea		Bigarren arau-haustea		<i>P</i> (Pearseon-en Chi-karratua)
	MAIZTASUNA	EHUNEKOA	MAIZTASUNA	EHUNEKOA	
<b>ARAU-HAUSTEA GERTATZEAN BESTE PSIKOPATOLOGIA</b>					
Ez	4	<b>51,4%</b>	0	0%	<b>0,040</b>
Antsietatea	0	0%	2	<b>66,6%</b>	
Kinaden kontrolean gabezia	3	<b>42,9%</b>	1	<b>33,3%</b>	
<b>GUZTIRA</b>	<b>7</b>	100%	<b>3</b>	100%	

*Iturria: norberak egina*

Ordea, ezberdintasun adierazgarriak aurkitzen ditugu ( $p=0,040$ ) psikotikoa ez den psikopatologiaren presentzian eraso gertatzen den bitartean. Ikusi daitekeen bezala, erasotzaile berreorleek, maiztasun altuagoz aurkezten dituzte antsietate sintomak, aldi bakarreko erasotzaileetan, ordea, gehienetan psikopatologia eza edota kinaden kontrolaren gabezia dira nagusi.

## 2. Atala. ANALISI UNIBARIANTE

### ETA MULTIBARIANTEA

#### 2.1 Analisi unibariante eta multibariantea

Ondoren, gure ikerketan egindako analisi unibariante eta multibarianteen emaitzak aurkezten ditugu, lagina azpitaldetan banatuz. Ez daukagu azpitalde guztietarako laginaren tamaina nahikorik,, hori dela eta, ez da posible izan kasu guztietan multibariantea egitea.

Lehenengo eta behin, analisi multibariantea daukaten azpitalak aurkezten ditugu, ondoren unibariantea bakarrik daukatenak

#### **2.1.1 Analisi unibariante eta multibariantea daukaten azpitaldeak**

##### *2.1.1.1 LGP biktima vs LGP ez biktima*

**41. taula. Analisi unibariante eta multibariantea: LGP biktima vs. LGP ez biktima**

	Unibariantea		Multibariantea	
	p	Odds ratio (C.I. 95%)	p	Odds ratio (C.I. 95%)
Sintomen hasieran adina	0,05	0,96 (0,93-1,00)	0,012	0,949 (0,91-0,98)
Garapen urteak	0,32	1,043 (0,96-1,13)		
Sexua	0,67	1,077 (0,48-2,38)		
Ikasketa eza	0,01	2,833 (1,235-6,497)	0,012	2,99 (1,27-7,03)
IP MEDEA(1)				
IP MEDEA 2	0,16	0,242 (0,03-1,73)		
IP MEDEA 3	0,26	0,381 (0,07-2,07)		
IP MEDEA 4	0,25	0,406 (0,09-1,91)		
IP MEDEA 5	0,71	0,762 (0,18-3,17)		
Langilea	0,28	0,665 (0,32-1,39)		
Diagnosia				

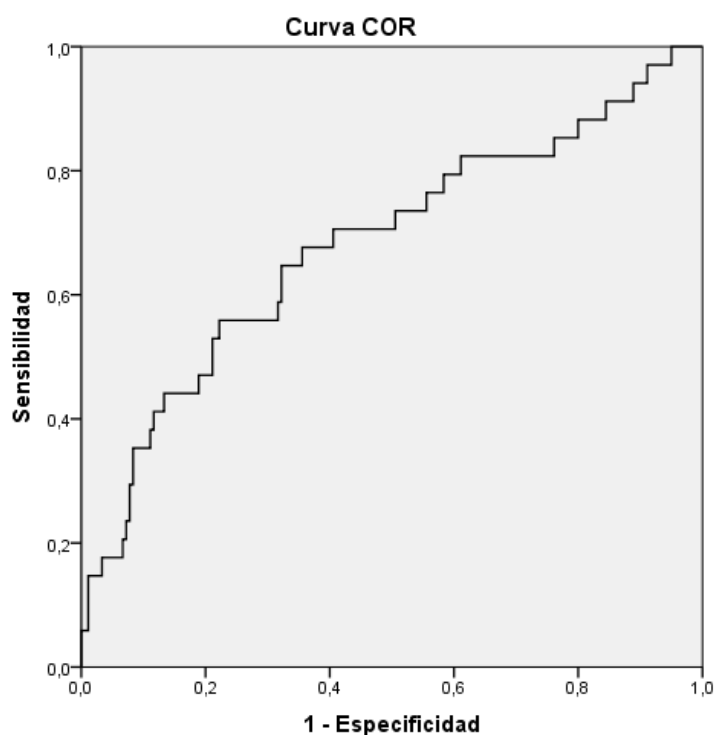
Nahasmen bipolarra	0,27			
Espektru eskizofrenikoa	0,83	1,143 (0,35-3,75)		
Beste desoreka psikotikoak	0,19	2,000 (0,70-5-69)		
Kotxe istripuak	0,10	2,36 (0,84-6,59)		
Nahigabeko ospitaleratze kopurua	0,41	1,208 (0,77-1,88)		
DUP (egunetan)	0,65	1,000 (1,00-1,00)		

*Iturria: norberak egina*

Analisi multibariantean aurkitzen dugu sintomen hasierako adin goiztiarrak, ikasketarik ez izatearekin batera, lehen gertaera psikotiko bat arau-hauste baten biktima izateko arriskua handitzen duela.

Ondoren ikus daiteke multivariante honi dagokion ROC bihurtunea, bihurtune azpiko azalera 0,681 delarik.

### 3. Irudia. ROC bihurtunea: LGP biktima vs. LGP ez biktima



### Área bajo la curva

Variables de resultado de prueba: Probabilidad pronosticada

Área	Error estándar <sup>a</sup>	95% de intervalo de confianza asintótico	
		Límite inferior	Límite superior
,681	,055	,573	,788

#### 2.1.1. 2. LGP erasotzaile vs LGP ez erasotzaile

Horra hor, analisi univariante eta multibariante honen emaitzak.

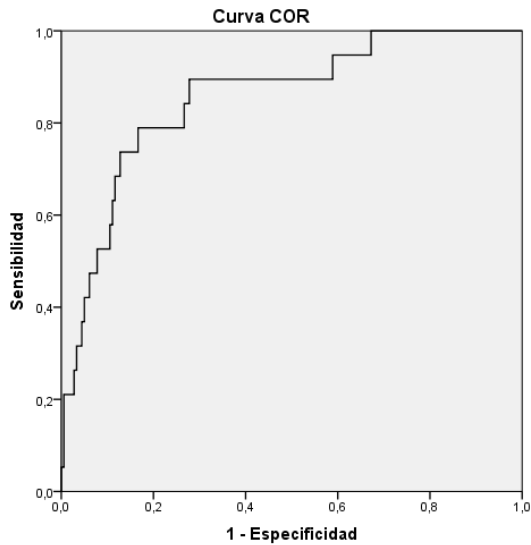
#### 42. Taula. Analisi unibariante eta multibariantea: LGP erasotzaile vs. LGP ez erasotzaile

	Unibariantea		Multibariantea	
	p	Odds ratio (C.I. 95%)	p	Odds ratio (C.I. 95%)
Sintomen hasieran adina	0,06	0,92 (0,86-0,976)	0,004	0,91 (0,86-0,97)
Garapen urteak	0,08	1,5 (1,04-1,23)		
Sexua	0,05	7,17 (1,00-59,25)		
Ikasketa eza	0,001	6,6(2,44-17,74)	0,001	5,97 (1,99-17,88)
IP MEDEA(1)				
IP MEDEA 2	0,49	0,36 (0,20-6,52)		
IP MEDEA 3	0,90	0,86 (0,78-9,41)		
IP MEDEA4	0,86	0,1,21(0,13-11,27)		
IP MEDEA 5	0,69	0,63 (0,66-6,14)		
Langilea	0,02	0,14(0,39-0,49)	0,08	6,00 (1,59-22,69)
Diagnosia				
Nahasmen bipolarra				
Espektru eskizofrenikoa	0,93	0,95(0,34-2,65)		
Beste desoreka psikotikoak	0,27	0,40(0,79-2,03)		
Kotxe istripua	0,74	1,3(0,27-6,14)		
Nahigabeko ospitaleratze kopurua	0,56	1,18(0,67-2,09)		
DUP (egunetan)	0,32	0,99(0,99-1,00)		

Analisi multibariantea egin ostean, aurkitu dugu, sintomak hastean adin goiztiarra izateak, ikasketarik ez izatea eta langabeziak, LGP batek ara hauste penal bat egin dezan arriskua handitzen duela.

Ondoren, multibariante honen ROC bihurgunea atxikitzen dugu, nihurgune azpiko azalera 0,856 izanik.

#### 4.Irudia. ROC bihurgunea: LGP erasotzaile vs. LGP ez erasotzaile



#### Área bajo la curva

VARIABLES DE RESULTADO DE PRUEBA: Probabilidad pronosticada

Área	Error estándar <sup>a</sup>	95% de intervalo de confianza asintótico	
		Límite inferior	Límite superior
,856	,045	,768	,944

## 2.1.2 Analisi unibariantea soilik duten azpitaldeak

### 2.1.2.1 LGP erasotzaile berreorlea vs LGP aldi bakarreko erasotzailea

#### 43. Taula. Analisi unibariantea: LGP erasotzaile berreorlea vs LGP aldi bakarreko erasotzailea

	Unibariantea	
	p	Odds ratio (C.I. 95%)
Sintomen hasieran adina	0,298	1,055(0,958-1,167)
Garapen urteak	0,609	0,958 (0,788-1,150)
Ikasketa eza	0,251	0,333 (0,051-2,17)
Kotxe istripua	0,937	1,125 (0,60-21,087)
Nahigabeko ospitaleratze kopurua	0,73	1,17 (0,466-2,947)

*Iturria: norberak egina*

Azpitalde honen kasuan lagin txikia daukagunez, analisi unibariantea ez da balioesgarria izan aldagai gehienetarako.

### 2.1.2.2 LGP erasotzaile berrerorlea vs LGP ez erasotzaile

#### 44.Taula. Analisi unibariantea: LGP erasotzaile berrerorlea vs LGP ez erasotzaile

	Unibariante	
	p	Odds ratio (C.I. 95%)
Sintomen hasieran adina	0,204	0,95 (0,88-1,03)
Garapen urteak	0,538	0,98 (0,917-1,046)
Sexua	0,251	3,43 (0,42-28,08)
Ikasketa eza	<b>0,001</b>	<b>11,85 (2,78-50,34)</b>
IP MEDEA(1)		
IP MEDEA 2	0,49	0,36 (0,020-6,53)
IP MEDEA 3	0,39	0,286 (0,016-5,09)
IP MEDEA 4	0,59	0,52 (0,048-5,66)
IP MEDEA 5	0,28	0,254 (0,21-3,13)
Langilea	0,99	0,001(0,001-0,001)
Diagnosia		

Nahasmen bipolarra		
Espektru eskizofrenikoa	0,36	2,83 ( 0,031-26,53)
Beste desoreka psikotikoak	0,57	1,91 (0,21-17,6)
Kotxe istripua	0,771	1,37 (0,16-11,75)
Nahigabeko ospitaleratze kopurua	0,468	1,3 (0,64-2,66)
DUP (egunetan)	0,77	0,99 (0,99-1,00)

*Iturria: norberak egina*

Aldi bakarreko erasotzailea eta erasotzaile berreorlea alderatzen ditugunean gertatzen den moduan, ikasketa ezak, erasotzaile izateko arriskua handitzan du.

### **2.1.2.3 LGP biktima berreorlea vs LGP aldi bakarreko biktima**

#### **45. Taula. Analisi unibariantea: LGP biktima berreorlea vs LGP aldi bakarreko biktima**

	Unibariantea	
	p	Odds ratio (C.I. 95%)
Sintomen hasieran adina	0,58	0,97 (0,88-1,07)
Garapen urteak	0,42	0,89 (0,68-1,17)
Sexua	0,59	0,58 (0,080-4,27)
Ikasketa eza	0,46	0,47 (0,063-3,54)
Kotxe istripua		
Nahigabeko ospitaleratze kopurua	0,29	1,59 (0,67-3,79)
DUP (egunetan)	0,74	1,00 (1,00-1,00)

*Iturria: norberak egina*

Ez dugu aurkitzen aldagai diferentzialik bi azpitalde hauetan. Azpitaldeen lagina murriztua dela eta, aldagai batzuen emaitzak ez dira balioesgarriak.



### 2.1.2.4 LGP biktima berreorlea vs LGP ez biktima

**46. Taula. Análisi unibariantea: LGP biktima berreorlea vs LGP ez biktima**

	Unibariantea	
	p	Odds ratio (C.I. 95%)
Sintomen hasieran adina	0,085	0,96 (0,91-1,00)
Garapen urteak	0,40	1,04 (0,95-1,14)
Sexua	1,00	1,00(0,43-2,32)
Ikasketa eza	0,19	1,88 (0,73-4,83)
IP MEDEA(1)		
IP MEDEA 2	0,16	0,24 (0,34-1,73)
IP MEDEA 3	0,26	0,38 (0,07-2,06)
IP MEDEA 4	0,19	0,35 (0,07-1,68)
IP MEDEA 5	0,48	0,59 (0,139-2,52)
Langile	0,58	0,80 (0,36-1,76)
Diagnosia		
Nahasmen bipolarra		
Espektru eskizofrenikoa	0,74	1,25 (0,34-4,56)
Beste desoreka psikotikoak	0,19	2,14 (0,68-6,75)
Kotxe istripua	<b>0,047</b>	<b>0,35 (0,12-0,98)</b>
Nahigabeko ospitaleratze kopurua	0,19	1,35 (0,86-2,1)
DUP (egunetan)	0,56	1,00 (1,00-1,00)

*Iturria: norberak egina*

Ondoren tesiaren eztabaida goaz.

# DISCUSIÓN

# **1ª Sección. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS**

## **1.1 Descriptivo de la consulta CRUPEP**

En la muestra analizada en este estudio encontramos que las características sociodemográficas de nuestra muestra concuerdan, en muchas de las variables analizadas, con lo expuesto por otros grupos que centran su atención en las Fases Iniciales de la Psicosis.

En primer lugar, casi tres cuartas partes de los pacientes atendidos en la Unidad de Primeros Episodios Psicóticos del Hospital Universitario de Cruces durante los años 2009-2016 son hombres, menos del 10% de la muestra tiene estudios superiores (diplomatura o licenciatura) y la mitad de ellos tienen estudios iguales o inferiores a EGB. Estos resultados van en la línea de trabajos recientes que utilizan criterios de inclusión similares (García Fernández, 2017). Por otro lado, la media de edad de inicio de los síntomas encontrada en nuestro trabajo es de 32,65 ( $32,65 \pm 10,83$ ) años, algo mayor a la encontrada en estudios previos (edad media de 25,5 años) en los que se han estudiado poblaciones similares (García Fernández, 2017). No encontramos diferencias significativas en cuanto a la edad de inicio según el sexo, lo que difiere de algunos estudios en los que se apunta que los hombres suelen debutar antes que las mujeres (Häfner et al 1998; Usall et al. 2003; Lorenzo 2014).

En lo que respecta al nivel socioeconómico, aproximadamente dos tercios de la muestra reside en distritos que tienen un quintil MEDEA 4-5 (los de mayor desigualdad), lo que ahonda en lo hallado en trabajos anteriores en los que se relaciona un bajo nivel socioeconómico con la psicosis (Bennedsen et al.1998; Jablenski, 1999).

Por último, encontramos que la mitad de los PEP incluidos en el estudio eran trabajadores activos cuando iniciaron seguimiento en la CRUPEP, con una frecuencia de desempleo ligeramente inferior (31,1%) a la encontrada en trabajos anteriores (43,4%).

## **1.2 Primer episodio psicótico y el riesgo de cometer una infracción penal**

El objetivo principal de esta tesis es comprobar si los primeros episodios psicóticos cometen más delitos violentos que la población general. Para ello, se han calculado las tasas de criminalidad anuales que presenta nuestra muestra durante los años 2009-2016, así como las tasas de criminalidad anuales que presenta durante los mismos años la población que abarca la OSI Ezkerraldea, donde reside la totalidad de la muestra.

En este trabajo, hemos hallado que durante los años 2009-2016, los pacientes que han mantenido seguimiento en la CRUPEP, presentan una tasa de criminalidad que varía entre 0 y 30,56 por cada 1.000 personas aquejadas de un primer episodio psicótico, mientras que en la OSI Ezkerraldea hemos encontrado tasas de criminalidad que varían entre 37,76 y 48,76 por cada 1.000 habitantes. Observamos por tanto, que las tasas de criminalidad muestran una tendencia muy descendente en los primeros episodios psicóticos, en comparación con la tendencia descendente pero menos acusada hallada en las tasas de la población general. Este hecho puede tener relación con el hecho de que la CRUPEP, con el transcurso de los años, haya ido reclutando y asegurando un adecuado tratamiento, de manera más temprana cada vez, a la gran mayoría de los PEP de esta área demográfica. Por su parte, en el Estado español, las tasas de criminalidad según los datos publicados por el Ministerio de Interior, han tenido durante esos años una tendencia descendente de 50 por cada 1.000 habitantes en el año 2009 a 43,2/1.000 en el año 2016 (Ministerio de Interior, 2017). En todos los años estudiados, la tasa de criminalidad es inferior en los usuarios con un PEP que en la población general representativa, en este caso los habitantes en el área demográfica incluida en la OSI Ezkerraldea.

Por otro lado, durante el año 2012, ningún paciente que mantuvo seguimiento en la CRUPEP cometió una infracción penal de características violentas, frente a la población de la OSI Ezkerraldea en la que, como es habitual, todos los años se cometen infracciones penales por parte de la población residente. Entendemos que esto puede obedecer a la reducida muestra de usuarios con un PEP de la que hemos dispuesto, en la que hemos analizado año a año su proclividad hacia la comisión de infracciones penales. Nuestros resultados reflejan una mayor variabilidad en las tasas de criminalidad

de los primeros episodios psicóticos en comparación con las tasas de criminalidad de nuestra población general a estudio, así como en el caso de la población general del Estado español. Por ello, recalamos la necesidad de un estudio pormenorizado de la posible presencia de otros factores dinámicos involucrados en el hecho en que los pacientes con un PEP se conviertan en victimarios.

Por todo ello, concluimos que, en base a los resultados de este estudio, los primeros episodios psicóticos tienen tasas de criminalidad equiparables e incluso ligeramente inferiores a la población general, lo que nos lleva a plantear que los factores asociados a la violencia en los primeros episodios psicóticos serán equiparables a los encontrados para la población general.

### **1.3 Características diferenciales del primer episodio psicótico agresor**

Como respuesta al primero de los objetivos secundarios planteado en esta tesis, a través de un análisis de regresión multivariante, hemos encontrado un conjunto de variables que predisponen a que aumente el riesgo de que un primer episodio psicótico cometa un acto violento.

En primer lugar, hallamos que cuanto menor es la edad en la que comienzan los síntomas, más aumenta el riesgo de que esa persona cometa algún acto violento a lo largo de su evolución, lo que concuerda con trabajos previos que llegan a duplicar el tamaño de la muestra de nuestro estudio (Coid et al. 2013).

En segundo lugar, encontramos también que el ser varón, aumenta 7 veces la probabilidad de cometer un acto violento en estos pacientes, mientras que la ausencia de estudios primarios la aumenta 6 veces. Estos hallazgos difieren de lo encontrado en determinados estudios (Coid et al. 2013), aunque siguen la línea de autores como Chang et al (2015) que apuntan a que factores como la violencia previa, el género masculino y el menor nivel educativo se asocian significativamente con un mayor riesgo de violencia durante los primeros años de seguimiento. De hecho, estos autores defienden que, junto con el consumo abusivo de sustancias, estas variables predicen de

manera independiente la comisión de un acto de violencia grave en un PEP durante los primeros años después del inicio de tratamiento (Chang et al 2015).

Estudios previos encuentran que los PEP comenten actos de violencia moderada-grave con una prevalencia de 12% y describen al “agresor grave” como un varón joven, con un trastorno antisocial de personalidad comórbido y consumo de tóxicos (Coid et al 2013). Los resultados de esta tesis muestran una frecuencia ligeramente menor (8,3%) de violencia grave, contando con un único caso de delito incluido dentro de los conocidos como “el homicidio y sus formas”.

En tercer y último lugar, hallamos en este trabajo que el desempleo, se asocia de manera significativa con la violencia en nuestra muestra, lo que difiere de lo reportado por autores como Coid et al (2013). Estos autores tampoco encuentran diferencias significativas en cuanto a la clase social, coincidiendo con los hallazgos de este trabajo al respecto. En nuestro caso, a pesar de que más de la mitad de nuestra muestra reside en distritos con quintil MEDEA de mayor desigualdad social, las diferencias no arrojan significación estadística.

Concluimos, por tanto, que los resultados de este trabajo describen, con un nivel de significación estadística elevada, al PEP con riesgo de cometer actos violentos como un varón, con edad temprana de inicio de los síntomas, sin estudios primarios y en desempleo.

### **1.3.1 El DUP como factor de riesgo de violencia**

En el presente estudio, no se encuentra una correlación significativa entre el tiempo que el paciente ha presentado síntomas de primer rango hasta que ha iniciado tratamiento en la CRUPEP. Más en concreto, hallamos que, en nuestra muestra, son la víctimas quienes tienen un DUP más prolongado, seguidas de los PEP que no tienen antecedentes obrantes en el IVML, las víctimas que pasan a ser agresores y en último lugar los agresores. Este hecho podría estar en relación con que los PEP que cometen actos violentos, son más disruptivos y socialmente inadecuados, lo que precipita que reciban una valoración psiquiátrica con mayor celeridad que las víctimas, quienes pueden permanecer mayor tiempo en silencio y cierto aislamiento.

La literatura previa muestra resultados contradictorios entorno a la posible asociación entre el DUP y el aumento de riesgo de violencia. Mientras numerosos estudios encuentran una modesta pero consistente asociación entre la psicosis no tratada y la delincuencia violenta (Arseneault et al., 2000, Elbogen y Johnson, 2009; Fazel et al., 2009a, Modestin y Ammann, 1996; Wallace et al., 2004; Verne et al. 2005), señalando al primer episodio psicótico como un importante factor de riesgo para la violencia, otros autores discrepan al respecto, y en la línea de nuestros resultados, no encuentran dicha relación como significativa.

En lo que sí coinciden varios autores es en que un porcentaje muy elevado de los actos de violencia extrema como los homicidios cometidos por pacientes psicóticos, ocurren durante el primer año de enfermedad, asociando el PEP con mayor riesgo de cometer homicidio (Nielsen et al 2007. Latalová 2014). Como se ha comentado anteriormente, en nuestra muestra disponemos de un único caso de homicidio, en el que, coincidiendo con lo recientemente señalado, el agresor presentaba en el momento de cometer el delito sintomatología psicótica de primer rango que no había sido diagnosticada ni tratada previamente. A este respecto, autores como Nielsen et al. (2011) sugieren que el tratamiento temprano de la psicosis puede prevenir algunos homicidios y una parte importante de la violencia no letal en estos pacientes. Sin embargo, otros autores señalan que los factores de la personalidad y el abuso de sustancias pueden ser más importantes que los síntomas psicóticos en el desarrollo del comportamiento agresivo en pacientes con psicosis de primer episodio (Latalová 2014).

A pesar de que los resultados de esta tesis no muestran una correlación significativa con respecto a esta variable, consideramos que, ahondando en lo reflejado en numerosos estudios (McGorry et al., 1996; Häfner y Der Heiden, 1997; McGlashan, 1999; Johanessen et al., 2000; McGorry, 2000; Edwards y McGorry, 2004; Johanessen, 2004), acortar el tiempo de psicosis no tratada (DUP) se asocia con una menor gravedad global del paciente y una menor tendencia a la cronicidad, manteniéndole durante menos tiempo en un estado de percepción distorsionada de la realidad y disminuyendo por tanto el riesgo de paso al acto como una conducta puramente defensiva. Estudios internacionales muestran como un tratamiento integral de las Fases Iniciales de la Psicosis, en el que se incluyan estrategias de detección precoz de la psicosis, psicoterapia centrada tanto en el paciente como en la familia y el tratamiento farmacológico, reduce de forma significativa la duración de la psicosis no tratada

(Larsen, 2006). Para lograr este objetivo, coincidimos en que la intervención temprana en los primeros episodios de psicosis debe incluir, además de la remisión sintomática, la recuperación funcional del paciente (Strakowski, Williams, Fleck y Delbello, 2000; Tohen et al., 2000), acompañándose de estrategias que mejoren la adherencia al tratamiento antipsicótico y la reducción del consumo de tóxicos, pudiendo llegar a contribuir de esta manera en la reducción del riesgo de violencia severa (Yee et al 2011)

### **1.3.2 El consumo de tóxicos como factor de riesgo para la violencia**

En este estudio encontramos que los primeros episodios que cometen actos violentos consumen con elevada frecuencia tóxicos, aunque las diferencias no son significativas. Barnett et al. (2007) señalan que la prevalencia de consumo de tóxicos en los primeros episodios psicóticos es el doble que en la población general y hace referencia tanto al consumo de cannabis como de otros tóxicos como alucinógenos, cocaína, heroína y éxtasis. En nuestro caso, predomina con mayor frecuencia el consumo combinado de varios tóxicos, encontrándose en segundo lugar en cuanto a frecuencia el consumo de cannabis.

Durante el primer antecedente obrante en el IVML cuando el PEP es la víctima, la presencia de consumo de tóxicos durante la infracción penal es menos del 10% de los casos, mientras que los PEP agresores superan el 80% de los casos en los que habían consumido algún tipo de tóxico. Esta tendencia, aunque sufre ciertas oscilaciones, tiende a mantenerse en las siguientes infracciones penales cometidas. Como posible explicación a este hallazgo, planteamos que siendo en nuestro estudio más frecuentes los agresores varones que las mujeres y reparando en las aportaciones de autores como Køster y Cols (2008), quienes encuentran tres veces mayor consumo de tóxicos en el caso de los hombres PEP que en el de las mujeres PEP, podría entenderse que los “PEP agresores” de nuestra muestra tengan mayor consumo de tóxicos que las “víctimas PEP”. Sin embargo, consideramos que debe tenerse en cuenta también, que en los informes médico-legales referentes a las víctimas, no se refleja con frecuencia si existe sospecha o certeza de que hubiera consumido tóxicos, información que se incluye con mayor frecuencia en los informes de valoración del agresor. Teniendo en cuenta la importante presencia del consumo de tóxicos en nuestros PEP agresores, coincidimos



con determinados estudios en que defender una reducción del abuso de sustancias puede contribuir a un menor riesgo a largo plazo de comportamiento violento en pacientes con PEP (Langeveld et al 2014).

En esta línea, nos parece interesante la propuesta de Wisdom et al. (2011) de realizar sistemáticamente intervenciones dirigidas a evitar el consumo de tóxicos en primeros episodios psicóticos, que según estos autores, deberían ser incluidas tras 3-6 meses de instaurar el tratamiento farmacológico en caso de que el paciente mantenga consumo activo de sustancias, cumpla criterios de dependencia a tóxicos, tenga problemas legales y/o historia familiar de abuso de sustancias.

### **1.3.3 Abandono del tratamiento como factor de riesgo para la violencia**

En este estudio se encuentra que, aunque el resultado no es estadísticamente significativo, la frecuencia con la que el PEP agresor había abandonado el tratamiento farmacológico cuando cometió la/las infracción/es es elevada. A propósito de esto, hallamos que en el momento de cometer la/s infracción/es, la mitad de los PEP habían abandonado la pauta de tratamiento indicada. Esto concuerda con lo recogido por Lambert et al. (2010) en un estudio con una muestra de 605 primeros episodios psicóticos que los mantuvieron seguimiento durante 18 meses en una Unidad de Prevención y Tratamiento de la Psicosis. Los autores concluyen que solamente el 33,7% de los PEP eran totalmente adherentes al tratamiento farmacológico, frente al 47,4% que etiquetaron de no adherentes y el 18,8% de rechazadores persistentes de la medicación. Señalan además que los rechazadores persistentes de la medicación, tenían un peor ajuste premórbido, historia de abuso de tóxicos, antecedentes de problemas con la justicia y falta de insight. Incluso van más allá, describiendo como factores predictivos específicos del rechazo a la medicación, el tener antecedentes de historia forense y la ausencia de atención psiquiátrica previa. Esto coincide con el perfil de nuestro “PEP agresor”.

La falta de adherencia al tratamiento es uno de los problemas fundamentales que nos encontramos en la práctica clínica habitual. La adherencia se ha definido como el grado en el que la conducta de un individuo coincide con el consejo médico dado

(Sackett y Haynes, 1976). Por lo tanto, la no adherencia incluye tanto la falta de incorporación a un programa de tratamiento, como la finalización prematura de la terapia y la aplicación incompleta de instrucciones, incluyendo prescripciones (Nosé et al. 2004).

El manejo farmacológico de pacientes con un primer episodio psicótico y conductas agresivas persistentes, requiere por un lado del uso de estrategias a corto plazo para controlar episodios agudos de agitación y medidas a largo plazo que reduzcan la intensidad y frecuencia de episodios futuros. Parece que todos los antipsicóticos atípicos (clozapina, risperidona, olanzapina, quetiapina y ziprasidona) tienen cierta capacidad para reducir la hostilidad y agresividad en pacientes diagnosticados de esquizofrenia (Bukley et al. 2011). En el caso concreto de la clozapina, estudios observacionales han sugerido que podría resultar útil en el tratamiento de la agresividad y que el “efecto antiagresivo” que se le atribuye puede no estar relacionado con el efecto antipsicótico, por lo que se ha llegado a proponer como el mejor tratamiento para el control de la hostilidad y la conducta agresiva (Buchanan et al 2010). Varios estudios la consideran la más eficaz en este aspecto, seguida de la olanzapina y el haloperidol (Krakowski et al 2006; Buchanan et al 2010; Allen et al 2005). Fármacos como el valproato, el litio, las benzodiazepinas o los antiepilépticos, también se han sugerido como posibles alternativas terapéuticas para el tratamiento de la conducta agresiva, sin embargo, la mayoría de los estudios al respecto son históricos (a menudo, con diagnósticos imprecisos) y con escasa evidencia demostrada (Citrome et al. 2003; Citrome, 2009; Topiwala y Fazel, 2011). Sin embargo, aunque parece ser que la clozapina es el antipsicótico que dispone de mayor evidencia en cuanto al control de la agresividad, puede estar asociada a efectos secundarios de importante gravedad (agranulocitosis) y requiere un seguimiento hematológico intensivo. Además, se necesita un grado de motivación y cooperación por parte del paciente para la adecuada toma de la dosis indicada, lo que probablemente limita la eficacia de este fármaco en pacientes con conductas agresivas. En este contexto, valoramos que los antipsicóticos de depósito podrían ser considerados como una buena alternativa terapéutica en pacientes con conductas agresivas repetidas, por asegurarse la adherencia al tratamiento farmacológico.

Al hilo de lo comentado con anterioridad, en la práctica clínica diaria nos encontramos con muchas dificultades para asegurar el adecuado cumplimiento de las pautas de tratamiento por parte de los pacientes con un PEP, lo que conlleva un mayor riesgo de recaídas y de ingresos hospitalarios, muchos de ellos de carácter involuntario. A este respecto, la administración de tratamiento con psicofármacos de manera involuntaria es un tema que genera controversia y varía según las jurisdicciones y los países. El tratamiento ambulatorio involuntario (TAI) es una forma de tratamiento no voluntario aplicado en la Comunidad, que pretende asegurar el cumplimiento terapéutico en pacientes que sufren una enfermedad mental grave, sin conciencia de enfermedad y en los que el abandono del tratamiento supone un riesgo alto de recaída, con aparición de conductas disruptivas y violentas, así como hospitalizaciones repetidas y urgencias frecuentes (Hernández-Viadel et al. 2007).

En el caso de los primeros episodios psicóticos, lo idóneo sería que la aplicación del TAI se hiciera de una manera precoz, siempre y cuando el paciente cumpla los criterios necesarios para ello como padecer un trastorno mental grave, tener constancia de la efectividad documentada del plan terapéutico, que exista una negativa por parte del paciente a realizar el tratamiento, la ausencia de competencia en el proceso de toma de decisiones, las ausencia de criterios de urgencia de tratamiento y el obligado control judicial del proceso. Todo ello con el objetivo de detener o minimizar los resultados negativos que conlleva el abandono del tratamiento a medio-largo plazo (Portero en Segarra 2014). A pesar de que algunos órganos judiciales han aplicado esta medida, como es el caso de Donostia-San Sebastián, Barcelona, Valencia y/o Alicante, en el momento actual en el Estado español no se dispone de una normativa específica al respecto que permita aplicarlo de una manera unificada y consensuada (Portero en Segarra 2014).

Como se ha comentado con anterioridad, el TAI es una medida muy discutida y que genera mucha controversia. Agrupaciones como La Societat Catalana de Psiquiatria i Salut Mental, la Sociedad Española de Psiquiatría Legal y el Comité de Bioética de Catalunya se han posicionado públicamente a favor de la aplicación del TAI. Teniendo en cuenta los resultados observados en este trabajo, coincidimos con ellos en que se trata de una medida protectora de la seguridad jurídica de la persona, que potencia la continuidad del tratamiento y la recuperación de la autonomía y la competencia que reduciría las conductas auto y heteroagresivas, el abuso de drogas y alcohol, las

detenciones policiales y los ingresos involuntarios en pacientes con ausencia de conciencia de enfermedad. Sin embargo, agrupaciones como la Asociación Española de Neuropsiquiatría y la Federación Estatal de Asociaciones de Familiares y Enfermos Psíquicos se manifiestan claramente en contra de esta medida, por considerar que es discriminatoria y estigmatizante, que carece de estudios concluyentes al respecto y cuya cuestión de fondo es la carencia de recursos comunitarios para lograr una mayor cobertura y posibilitar un plan integral (Ponzón, 2015).

### **1.3.4 Psicopatología y comorbilidad como factores de riesgo para la violencia**

En este estudio, no hallamos diferencias significativas en cuanto a la presencia de psicopatología aguda y el aumento de riesgo para cometer un acto violento.

En primer lugar, si tenemos en cuenta todas las agresiones cometidas por los PEP de nuestra muestra, en la gran mayoría de las ocasiones no consta que en el momento del suceso el paciente presentara sintomatología psicótica positiva. Coincidimos en este aspecto con estudios previos (Appelbaum et al. 2000; Dean et al. 2007) en los que no se ha podido confirmar a asociación entre los síntomas de primer rango y la conducta violenta. Trabajos previos, sin embargo, señalan que la violencia puede ser causada o impulsada por presencia de síntomas de delirios y alucinaciones (Junginger et al 1998). Concretamente, las ideas delirantes de tipo persecutorio y los delirios que causan enfado y hostilidad en el paciente se han relacionado con el riesgo de paso al acto (Cheung et al. 1997; Appelbaum et al. 1999). A propósito de estos hallazgos, algunos estudios apuntan a que el período de descompensación psicótica aguda antes del primer contacto con los servicios psiquiátricos, está específicamente asociado con un mayor riesgo de violencia grave (Nielssen y Large, 2010) y que el contacto con los servicios psiquiátricos se inicia a menudo a causa de alguna conducta violenta durante un primer episodio de psicosis (Dean et al. 2007). No disponemos de suficiente evidencia al respecto en nuestro trabajo que permita reforzar estas afirmaciones por nuestra parte.

En lo que respecta a la presencia de sintomatología negativa como el embotamiento afectivo o el retraimiento emocional, en nuestro estudio no se encuentra

correlación significativa entre la presencia de la misma y el aumento de riesgo para cometer una infracción penal de características violentas, lo que concuerda con lo descrito por determinados autores (Coid et al. 2013) que relacionan el riesgo de violencia con el deterioro social secundario a la psicosis más que con la presencia de sintomatología negativa como tal.

El consumo indebido de tóxicos y los rasgos antisociales de personalidad también se han relacionado con la violencia en la literatura previa (Appelbaum et al. 2000). En esta línea, en nuestro trabajo encontramos que entre aproximadamente un tercio y la mitad de los PEP agresores presentan un trastorno por abuso de sustancias comórbido y prácticamente la totalidad de los agresores reincidentes habían consumido algún tóxico durante la comisión de la infracción penal. En cuanto a la comorbilidad con la presencia de un trastorno de personalidad, en nuestro estudio no se encuentra una correlación significativa al respecto, siendo los rasgos de personalidad cluster B los que encontramos con mayor frecuencia. A propósito de este hallazgo, autores como Keshavan et al. (2005) en su artículo, *Personality Dimensions in First-Episode Psychoses*, concluyen que los pacientes diagnosticados de esquizofrenia tienen puntuaciones más altas en las dimensiones de TP cluster A, mientras que las psicosis no esquizofrénicas puntúan más alto para cluster B. En el caso del cluster C, encuentran que su frecuencia está elevada en los dos grupos aunque algo más en el grupo de la esquizofrenia, sobre todo los rasgos evitativos. Por nuestra parte, no disponemos de evidencia significativa al respecto, probablemente en relación con que no se recogen de manera sistemática los rasgos de personalidad de base en las historias clínicas y/o informes médico-legales, con las limitaciones que eso conlleva. Sin embargo, sí que encontramos que entre un tercio y la mitad de los agresores y agresores reincidentes tiene un control de impulsos deficiente. Este hallazgo concuerda con lo observado en estudios previos en los que se relaciona la ira, la impulsividad y la hostilidad con la violencia (Appelbaum et al. 2000). La impulsividad se ha asociado con una serie de comportamientos desviados, asumiéndose que desempeñan un papel crítico en la manifestación de la violencia y otras conductas criminales, aunque los hallazgos al respecto son contradictorios (Bjorkly, 2013).

Por todo ello, en la línea de lo recogido en estudios previos (Coid et al. 2006; Elbogen et al. 2009) y ante la ausencia de evidencia en nuestro trabajo de que la presencia de sintomatología psicótica positiva/negativa y/o otras psicopatología aguda

se correlacione de manera significativa con la violencia, consideramos que los principales factores de riesgo para la misma en las personas con psicosis serán los mismos que para la población general. En la línea de lo hallado por autores como Skeem et al. (2006), consideramos que parece razonable plantear que el riesgo de violencia en los pacientes con un primer episodio psicótico pueda estar mediado por variables intermedias como rasgos de personalidad disfuncionales y/o síntomas afectivos relacionados con la clínica psicótica, que no siempre están presentes, pero cuando ocurren, tienen un efecto significativo en el resultado violento.

#### **1.4 Características diferenciales del primer episodio psicótico víctima**

Como respuesta al tercero de los objetivos secundarios planteado en esta tesis, aplicando un análisis de regresión multivariante, hemos encontrado un conjunto de variables que predisponen a que aumente el riesgo de que un primer episodio psicótico cometa un acto violento.

En primer lugar, hallamos que cuanto menor es la edad en la que comienzan los síntomas, mayor es el riesgo de ser víctima de un acto violento a lo largo de su evolución. Valoramos que este hallazgo podría estar en relación con que, cuanto más joven sea el PEP cuando debuta, más inmaduro y vulnerable podría ser a nivel socioeconómico.

En segundo lugar, encontramos también que no tener estudios primarios aumenta casi tres veces la probabilidad de ser víctima de un acto violento. No se encuentran en este caso diferencias significativas con respecto al sexo. Este hallazgo no concuerda con lo encontrado en estudios previos (Beauchamp et al. 2004) en los que se concluye que las mujeres presentan menor rabia, agresividad y trastornos de conducta, por lo que pueden pasar más desapercibidas en su entorno. A propósito de esto, Napal y Sáenz (en Segarra, 2014) consideran que por estas características, suelen ser “más toleradas” .

Por otro lado, en el presente estudio las víctimas tienen un DUP medido en días llamativamente superior al de los agresores ( $1.267,07 \pm 6.454,43$  vs  $31,14 \pm 34,43$ )

aunque las diferencias no son significativas. Este hallazgo podría estar en relación con que, asumiendo que los pacientes con un PEP pueden ser vulnerables, son más víctimas que victimarios. Además queda de manifiesto que las víctimas son exploradas de una manera menos exhaustiva cuando son víctimas que cuando son agresores, lo que dificulta el diagnóstico precoz de la psicosis.

Concluimos por tanto, que los resultados de este trabajo describen, con un nivel de significación estadística elevada, al PEP con riesgo de ser víctima de actos violentos como una persona con edad temprana de inicio de los síntomas y sin estudios primarios.

### **1.4.1 Antecedentes de victimización previa y violencia**

En nuestro estudio, hemos registrado si los primeros episodios psicóticos que tenían antecedentes obrantes en el IVML, tenían antecedentes de victimización previa como exposición a situaciones de violencia de género y/o maltrato físico/psicológico durante la infancia.

No se encuentran correlaciones significativas entre la presencia de victimización previa y los PEP que son víctima de infracciones penales violentas. Tampoco encontramos una correlación significativa entre los PEP que presentan victimización previa y el riesgo de cometer un acto violento. Debemos interpretar este dato con mucha cautela y asumir las limitaciones que el reducido tamaño de la muestra arroja en este caso, considerando que disponer de una muestra mayor de PEP con antecedentes obrantes, pudiera dar lugar a analizar esta posible correlación con mayor rigor. Sin embargo, en un estudio que dispone de una muestra ligeramente superior a la nuestra (57 pacientes con un primer episodio psicótico) (Üçok et al. 2007) se recogen frecuencias de abuso sexual infantil, abuso emocional y abuso físico referidas por los pacientes de 29,8%, 40,9% y 13,6% respectivamente y añaden que antecedentes de abandono emocional durante la niñez y el abandono físico se encontraron en 29,5% y 20,5% de los pacientes, respectivamente. Estos datos no concuerdan en absoluto con los resultados obtenidos en nuestro estudio, en el que encontramos que solamente un 8,3% de los PEP refieren haber vivido situaciones de violencia doméstica y el 4,2% reconoce haber sido víctima de malos tratos por parte de sus padres. Tampoco concuerdan con estudios que disponen de un mayor tamaño muestral, como el realizado por Spidel et al.

(2010) en el que incluyen 118 participantes con un diagnóstico primario de psicosis y antecedentes de conductas agresivas. Estos autores encuentran que el 9,6% de los PEP tenían antecedentes de abuso emocional, el 38,8% de abuso físico y el 60,2% de abuso sexual y concluyen que los PEP que habían sido víctimas de abuso infantil eran más propensos a mostrar conductas violentas a lo largo de su vida.

Estos hallazgos nos hacen reflexionar en torno a que, para poder explicar la escasa frecuencia encontrada en nuestro caso, más importante que el tamaño muestral puede ser el hecho de que tanto las historias clínicas como los informes médico-forenses, no son todo lo completos y exhaustivos que deberían, lo que conlleva una ausencia de cierta información relevante. Esta ausencia de datos en los informes se entiende en parte porque, al tratarse de un estudio retrospectivo, las variables de interés han sido seleccionadas sin tener en cuenta la información real disponible. Pero, sobre todo, refleja que en la práctica clínica y médico-legal habitual, no se exploran y recogen de manera exhaustiva y protocolizada los antecedentes de trauma en los PEP, recogiendo probablemente solo los que el paciente verbaliza en un momento dado de manera espontánea. Sin ir más lejos, en los casos en los que no constan antecedentes de trauma en la infancia, desconocemos si en realidad no los tiene o simplemente no se le ha preguntado por ello. Tanto los profesionales que centramos nuestra actividad asistencial en la psiquiatría, como los médicos forenses, deberíamos reflexionar sobre ello e incluir de manera sistemática la recogida de los antecedentes de este tipo como una dimensión más a explorar.

Insistimos en ello porque la literatura recoge que la exposición a situaciones de trauma en la infancia como los abusos sexuales puede mantener una relación de causalidad con la psicosis (Moda, 1980; Bendall et al., 2008). Múltiples estudios demuestran que las personas que padecen un trastorno psiquiátrico severo como la esquizofrenia, el trastorno bipolar y la depresión grave, son altamente vulnerables a vivir situaciones de trauma como agresiones físicas y sexuales tanto en la infancia como en la edad adulta (Goodman et al., 1997). Otros autores como Shevlin et al. (2008) van más allá y aseguran que experimentar dos o más tipos de experiencias traumáticas predice significativamente el riesgo de desarrollar una psicosis, y describen incluso una posible relación de tipo dosis-respuesta, haciendo referencia a un riesgo añadido en el caso de sufrir experiencias traumáticas múltiples. Todo ello, se podría entender como el resultado de una constante interacción entre la genética y el ambiente. Desde un punto



de vista más biológico, Spauwen et al. (2006) proponen que la exposición prolongada al trauma puede aumentar el riesgo de psicosis a través de sus efectos sobre la dopamina. Basan su hipótesis en estudios que relacionan los eventos negativos y amenazantes como la privación materna en ratas neonatales, (Berton et al. 2006) con una hiperactividad dopaminérgica y sensibilización del sistema mesocorticolímbico (Tidey & Miczek, 1996). Concuerdan con estos hallazgos, determinados estudios en seres humanos que han encontrado aumento del metabolismo de la dopamina en niñas con antecedentes de abusos sexuales (De Bellis et al., 1994). Desde un punto de vista ambiental, se ha señalado que estar expuesto a situaciones de abuso, podría repercutir de manera importante en la gravedad de la enfermedad, aumentar la tendencia de cronicidad y facilitar la presencia de comorbilidades como trastornos afectivos, el abuso de sustancias, el trastorno por estrés postraumático y/o los trastornos de personalidad (Scheller-Gelkey et al., 2004).

Todo ello debe ser analizado con prudencia, ya que los estudios que relacionan el trauma con la psicosis (Read et al., 2005) tienen importantes limitaciones metodológicas, como es la importante heterogeneidad de la muestra y un tamaño muestral reducido (Morgan & Fisher, 2007).

Concluimos por tanto que, a pesar de que en nuestro trabajo no se encuentre una correlación significativa, la asociación entre las experiencias de trauma y abuso vividas en la infancia y el desarrollo de la psicosis debe ser valorada y estudiada, incluyendo asimismo la exploración de este tipo de sucesos dentro de los protocolos de nuestra práctica clínica habitual.

## **1.5 Tipo de infracción penal cometida durante un primer episodio psicótico**

En nuestro estudio no encontramos diferencias significativas en cuanto al tipo de infracción penal cometida por los primeros episodios psicóticos. Sin embargo, encontramos que las infracciones penales cometidas con mayor frecuencia por parte de los PEP, han sido las que podrían englobarse dentro de la violencia intrafamiliar, en la que incluimos los malos tratos en el ámbito familiar y los malos tratos habituales en el ámbito familiar. El Código Penal incluye estos delitos dentro de los “delitos por tortura y contra la integridad”.

Cuando lo comparamos con la tipología del delito cometido por la población general (la que abarca la OSI Ezkerraldea) mediante los datos aportados por la División de Análisis Estadísticos del Departamento de Seguridad del Gobierno Vasco, observamos que no coinciden. Concretamente, en los atestados correspondientes a la Ertzainetxea de Muskiz y Sestao durante los años 2009-2016, la población de la OSI Ezkerraldea comete con mayor frecuencia delitos contra el patrimonio, quedando en quinto lugar en cuanto a frecuencia los delitos por tortura y contra la integridad. En el caso de la demarcación de la Ertzainetxea de Sestao, las infracciones penales más frecuentemente recogidas por la Ertzaintza fueron, por orden de incidencia, las denominadas “contra el patrimonio y el orden socioeconómico”, seguidas de “otras infracciones penales”, “lesiones”, quedando en cuarto lugar las infracciones de “tortura y contra la integridad”. Encontramos, por lo tanto, que el tipo de delito cometido por los PEP, difiere del delito más frecuente en la población general. De hecho, en el caso de la primera infracción cometida por los PEP, menos de una cuarta parte de ellos (solamente el 16,5%) cometen lo que podría englobarse dentro de los “delitos contra el patrimonio”. Además, encontramos que en el caso del PEP que comete varias infracciones penales convirtiéndose en agresor reincidente, en ninguno de los atestados recogidos tras el primer caso consta que cometan delitos de este tipo. Por lo tanto, el delito más frecuente en la población general, explica una mínima parte de las infracciones penales cometidas por lo primeros episodios psicóticos. Este hecho nos lleva a concluir que la manera que delinquir en términos de tipología de delito sigue un patrón diferenciado en caso de los PEP. Estudios futuros deberían analizar los factores que puedan influir en estos llamativos resultados encontrados en nuestra muestra.

En cuanto al delito más cometido por los participantes de nuestro estudio, hemos comentado con anterioridad que tanto el agresor único, como el agresor reincidente, cometen malos tratos dentro de ámbito familiar en más de la mitad de los casos. Sin ir más lejos, en el caso del agresor reincidente, encontramos que cuantas más infracciones penales comete, más frecuente es este delito. De hecho, de los dos PEP de nuestra muestra que cometen 4 infracciones violentas (el máximo), en el atestado de uno de ellos consta que comete un delito de “malos tratos en el ámbito familiar” y en el del otro un quebrantamiento de condena previa precisamente por un delito de malos tratos en el ámbito familiar. Estos datos nos llevan a concluir que, cuando los PE delinquen, lo

hacen cometiendo actos de violencia leve dentro del seno familiar. Este hallazgo coincide con lo recogido en la literatura en estudios previos (Esbec & Echeburua 2016) en los que hallan que, cuando la violencia ocurre, se dirige mayoritariamente hacia familiares y tiene lugar en el hogar. Ello va en línea con lo hallado en un trabajo realizado por la Unidad de Valoración Forense Integral (UVFI) de Bizkaia (2015), creada para la valoración de la violencia intrafamiliar, en el que se señala que en el perfil del agresor predominan los trastornos de personalidad, el consumo de drogas y la psicosis. Sin embargo, difiere de la percepción que la gran parte de la Sociedad tiene de estas personas, a las que consideran impredecibles, impulsivas, agresivas y socialmente inadecuadas (Stuart, 2003; Angermeyer y Schulze, 1998).

En cuanto al riesgo de que los PEP cometan actos de violencia extrema como el homicidio, en nuestro estudio encontramos un único caso de homicidio doloso que pertenece a la primera infracción penal cometida por un primer episodio psicótico previamente a iniciar seguimiento psiquiátrico. Estos datos coinciden con lo hallado en la tesis doctoral *Los homicidios y los homicidas* (ABASOLO, 2016) en la que se estudian los homicidios llevados a cabo en Bizkaia durante los últimos 25 años. La doctora Abásolo concluye que, la motivación psicótica está en tercer lugar como explicación al homicidio, por detrás de las riñas o altercados y la violencia familiar (que engloba la violencia de género). A ello añade que los pacientes psicóticos representan únicamente el 19% de los homicidas valorados y resalta la ausencia de tratamiento psiquiátrico durante la comisión del delito.

Cuando el primer episodio psicótico es la víctima, encontramos que en las tres cuartas partes de los casos sufre agresiones delimitadas en el Código Penal dentro de las “lesiones” y los “delitos de tortura y contra la integridad”, donde una vez más predominan los malos tratos en el ámbito familiar y en la gran mayoría de los casos tampoco sigue tratamiento psiquiátrico cuando sucede la agresión. Todo ello nos lleva a insistir una vez más, en que la detección precoz de un primer episodio psicótico mediante las Unidades especializadas como la CRUPEP, y las estrategias que aseguren la adecuada adherencia al tratamiento como los antipsicóticos en formulaciones de depósito o incluso el tratamiento ambulatorio involuntario en casos seleccionados, ejercen una función primordial en la prevención de la violencia en la psicosis.

Concluimos por lo tanto, que el tipo de delito cometido por los primeros episodios psicóticos es diferente al cometido por la población general. La violencia extrema es minoritaria, cometiendo en su gran mayoría actos de violencia leve que suceden en el entorno familiar. Como explicación a este hallazgo, destacamos que el proceso de desinstitucionalización psiquiátrica y la tendencia actual hacia la psiquiátrica comunitaria supone que los pacientes psicóticos no solo residan en el entorno familiar, sino que la familia supone su mayor medio de contención externa, lo que genera una sobrecarga a los familiares con posible deterioro de su relación en el PEP. A esto se le añade que en muchas ocasiones, durante los procesos de incapacitación de estas personas, son los familiares cercanos quienes asumen la tutela, con los conflictos que todo ello puede acarrear en el día a día. Consideramos por lo tanto que, por un lado, los profesionales de la Salud Mental deberíamos explorar y valorar estos aspectos durante el proceso de toma de decisiones sobre el plan terapéutico de los primeros episodios psicóticos y, por el otro, las instituciones sanitarias deberían reflexionar sobre las consecuencias que puede acarrear en los pacientes y familiares el cierre progresivo de camas en dispositivos de media y larga estancia psiquiátrica.

*En resumen, esta tesis comienza con una pregunta a la que hemos intentado responder: Primeros Episodios Psicóticos y delitos violentos; ¿causa o mito?. No encontramos en este trabajo una relación de causalidad entre la psicosis y la comisión de infracciones penales de características violentas. Si bien consideramos que un primer episodio psicótico sin tratamiento puede actuar como catalizador para cometer actos de violencia extrema, a nuestro entender, la violencia en estos pacientes se ve precipitada por una serie de factores como el consumo de tóxicos, el abandono o ausencia de tratamiento farmacológico relacionado con la falta de insight de estos pacientes y la presencia de rasgos disfuncionales de personalidad independientes al trastorno psicótico. Cuantos más factores de los descritos confluyan, mayor será el riesgo de que un primer episodio psicótico cometa una infracción penal de características violentas. Como reto para el futuro, en línea con lo aseverado por Esbec y Echeburua (2016), consideramos que deberían diseñarse protocolos de valoración y gestión del riesgo para detectar y afrontar adecuadamente los síntomas prodrómicos y poder desarrollar instrumentos de evaluación del riesgo válidos para esta población*

# **2ª Sección. CONTRIBUCIONES,**

# **LIMITACIONES Y FUTURAS LÍNEAS**

# **DE INVESTIGACIÓN**

## **2.1 Contribuciones del estudio**

Una de las principales contribuciones de este estudio es, sin duda, el desarrollo de una colaboración multi-institucional entre instituciones que, hasta la fecha, no había tenido lugar para el fin que este trabajo persigue. En este sentido, cabe resaltar lo difícil de la tarea de conseguir todas las autorizaciones pertinentes para poder llevar a cabo la recogida y gestión de los datos. Sin ir más lejos, esta tesis es una realidad gracias a la colaboración entre el Sistema Vasco de Salud (Osakidetza), concretamente el Hospital Universitario de Cruces, el Departamento de Seguridad, a través de la División de Estudios y Análisis perteneciente a la Dirección de Coordinación de Seguridad y, por último, el Departamento de Justicia, a través del Instituto Vasco de Medicina Legal. La realización de este trabajo ha permitido que los datos de los que dispone cada institución se hayan puesto en relación con los del resto, algo novedoso en este ámbito al no haber, a día de hoy, acuerdos marco que amparen y agilicen la colaboración entre estas instituciones. Por ello, el desarrollo de este trabajo basado en la colaboración entre las ya mencionadas tres instituciones vascas puede suponer un hito inicial a la hora de desarrollar acuerdos de colaboración y trabajo conjunto que permita estudiar de manera integral y como eje las personas y su comportamiento, en lugar de poner el foco en aspectos concretos de las mismas. Mediante este hecho, la tesis doctoral supone una contribución en si misma a una de las prioridades marcadas por la Unión Europea dentro del Marco europeo de actuación sobre salud mental y bienestar (2016), en el que se reúne a las instituciones europeas, a los estados miembro, a las administraciones locales, a los sectores afectados, incluyendo a las personas en riesgo de exclusión por razones de salud mental y a la comunidad investigadora en pos de lograr una colaboración que mejore el bienestar de los ciudadanos europeos. Más en concreto, en este marco se subraya la importancia de establecer mecanismos para el intercambio de información entre distintos agentes que facilite el trabajo conjunto entre instituciones para identificar

buenas prácticas y factores de éxito en distintas acciones políticas y para desarrollar recomendaciones y planes de acción apropiados (EU joint action on mental health and wellbeing, 2016).

Otras de las aportaciones de este trabajo radica en el hecho de haber arrojado luz a un tema que, hoy por hoy, genera controversia y encendidos debates sobre el primer episodio psicótico como factor de riesgo para cometer actos violentos (Dean et al 2007; Chang et al . 2015). Más en concreto, tal y como se ha expuesto a lo largo de esta tesis, disponemos de muy pocos trabajos que analicen la posible relación entre la violencia y las Fases Iniciales de la Psicosis, ya que este tipo de información no se suele incluir en los protocolos de investigación de las Unidades de Primeros Episodios Psicóticos. A este respecto, mediante la recogida de antecedentes en el caso en que las personas que sufren un primer episodio psicótico hayan causado una infracción penal o sean víctimas de un acto de similar naturaleza, esta tesis permite avanzar en el conocimiento de la relación del binomio primer episodio psicótico-violencia en sus diferentes formas.

La tercera de las principales contribuciones del presente trabajo tiene que ver con la propia muestra utilizada en el estudio. Dicha muestra proviene en su totalidad de una consulta específica orientada a tratar Fases Iniciales de la Psicosis, lo que asegura que todos los participantes cumplen criterios de un primer episodio psicótico y que llevan en seguimiento como mucho 5 años. Este hecho supone un avance considerable en este ámbito de estudio ya que, según nuestro conocimiento, se trata del primer estudio que partiendo de una muestra que proviene íntegramente de una consulta asistencial de primeros episodios psicóticos, realiza una búsqueda y revisión de todos los datos médico-legales existentes de cada participante. De esta manera, se consigue que la muestra sea más homogénea que cuando se incluyen usuarios que se encuentran en distintas fases de enfermedad y se tiene constancia de que toda la información médico-legal de cada participante está recogida y registrada. Todo ello obedece a la concepción de la conducta violenta como un continuum en el que un mismo individuo puede ser el brazo ejecutor o la víctima de la misma. En otras palabras, este estudio no solo se centra en los posibles factores relacionados con la comisión de actos violentos de las personas que sufren un primer episodio psicótico, sino que también analiza la presencia de victimización en estas personas.

Por último, otra de las contribuciones del presente trabajo se centra en el aspecto de la violencia inframiliar ejercida por las personas con un primer episodio psicótico. A pesar de no ser uno de los objetivos principales de esta tesis, los resultados del estudio empírico resultan llamativos, al mostrar estas que un alto porcentaje de los actos violentos cometidos por las personas con un primer episodio psicótico se dan en el seno de su propia familia.

## **2.2 Limitaciones del estudio**

El presente trabajo cuenta con varias limitaciones que, no obstante, pueden suponer futuras líneas de investigación. En primer lugar, señalamos como limitación el reducido tamaño de la muestra objeto de estudio. No es tarea fácil conseguir una muestra representativa de personas que cumplan los criterios de este estudio, máxime cuando se trata de un trabajo unicéntrico. A pesar de la naturaleza longitudinal de los datos, en el que se cubre un horizonte temporal que va desde el año 2009 hasta el año 2016, el número de participantes del que partimos es reducido. A este respecto, cabe señalar que previamente al año 2009 no disponíamos de informatización completa de la historia clínica, lo que suponía ausencia de información sobre la gran mayoría de las variables analizadas. Además, cuando nos centramos en el objetivo principal de la tesis y seleccionamos solamente los subgrupos de participantes que se han visto involucradas en alguna infracción penal como víctima o agresor, el tamaño muestral se reduce todavía más, lo que hace necesario tomar ciertas reservas a la hora de establecer relaciones causales. Hay que tener en cuenta que la consulta de primeros episodios psicóticos reúne un porcentaje muy elevado de todos los primeros episodios de su área asistencial, aunque no todos, ya que siempre existen casos que, por distintas razones ajenas a esta tesis, nunca llegan a acudir a CRUPEP y mantienen seguimiento en su CSM de referencia y/o el sector privado.

Otra de las limitaciones principales de esta tesis es que se trata de un estudio retrospectivo, lo que dificulta recoger toda la información necesaria dado que, el fin con que se recogió en su día, no coincide con los objetivos del presente estudio. Por otro lado, la Administración de Justicia carece de un sistema de registro informático que permita un fácil y rápido acceso a la información de interés, por lo que ha sido preciso

localizar los expedientes en distintos juzgados de la CAPV y revisar, uno por uno, el contenido de los mismos. En determinados casos se encontró más de un expediente del mismo individuo, hallándose almacenadas en lugares diferentes. Además, la información médico-legal y judicial que se ha analizado no ha sido siempre completa. En el caso de la historia clínica informatizada de Osakidetza, prácticamente no existen informes de los pacientes de CRUPEP antes del año 2009, por lo que resultaba inviable reclutar a los usuarios que en esa fecha ya habían sido dados de alta de este dispositivo. Además, los informes clínicos no disponían, en ocasiones, de información completa.

Otra de las cuestiones a tener en cuenta es que en todo momento hablamos de infracciones penales y no delitos, ya que solamente hemos tenido acceso a los atestados emitidos por la Ertzaintza. Esto implica que no disponemos de la sentencia judicial en ninguno de los casos, lo que podría llevar a una valoración sobredimensionada de las infracciones, habiendo sido parte de los supuestos agresores/víctimas finalmente exculpados por parte de la Justicia.

Estas limitaciones, por tanto, dificultan el poder extraer conclusiones firmes, por lo que los resultados del presente trabajo deberían ser interpretados con precaución. Para poder sacar conclusiones definitivas al respecto, sería conveniente llevar a cabo estudios a gran escala, con muestras de mayor tamaño, prospectivos y multicéntricos.

## **2.3 Futuras líneas de investigación**

En el futuro, sería interesante que se realizaran estudios prospectivos, con mayor tamaño muestral y multicéntricos, que pudieran aportar resultados más concluyentes al respecto. Para ello, sería preciso realizar un acuerdo marco entre las instituciones que fueran a participar, añadiendo a las mencionadas anteriormente, el Registro Central de Penados del Ministerio de Justicia, pudiendo acceder de esta forma a las sentencias firmes.

Por otro lado, resultaría de interés que, como información adicional, se registraran las conductas violentas de las que tenemos constancia gracias a nuestra labor



asistencial diaria y que no llegan a valorarse por parte de las FOP ni de la Clínica Médico Forense, por ejemplo, porque no se denuncian.

Para ello, podría resultar de utilidad incluir en los protocolos de investigación de las Unidades de Primeros Episodios Psicóticos, la recogida de este tipo de conductas, tanto de una manera retrospectiva (antecedentes) como prospectiva.



# CONCLUSIONES

# **1ª Sección. CONCLUSIONES DEL ESTUDIO**

## **1.1 Conclusiones del estudio**

1. Las personas con un primer episodio psicótico muestran tasas anuales de criminalidad ligeramente inferiores que la población general (periodo 2009-2016). Por lo tanto, los PEP no muestran mayor proclividad hacia la conducta delictiva y los factores asociados a la misma son equiparables a los encontrados para la población general.
2. Los factores asociados a un incremento del riesgo de cometer actos delictivos violentos en los PEP de nuestra muestra son: ser varón, edad temprana de inicio de los síntomas, ausencia de estudios primarios y condición de desempleo.
3. El tiempo de psicosis no tratada y la falta de adherencia al tratamiento, no pueden considerarse factores de riesgo independientes para cometer conductas delictivas violentas.
4. Reducir el abuso de sustancias contribuye a disminuir el riesgo de que un PEP cometa actos de características violentas.
5. La presencia de sintomatología psicótica positiva/negativa y/o otra psicopatología aguda, no se correlaciona de manera significativa con la violencia.

6. Los factores asociados a un incremento del riesgo de que un PEP sea víctima de una infracción penal de características violentas son la edad temprana de inicio de los síntomas y la ausencia estudios primarios.
  
7. El tipo de delito más frecuente cometido por los primeros episodios psicóticos de nuestra muestra, difiere del cometido por la población general. En el caso de los PEP, la violencia extrema es minoritaria, cometiendo en su gran mayoría actos de violencia leve que suceden en el entorno familiar.
  
8. La presencia de control deficiente de impulsos predispone a que los PEP cometan una primera infracción penal, mientras que la presencia de clínica ansiosa predispone a que se conviertan en agresores reincidentes.
  
9. La edad temprana al inicio de los síntomas y la ausencia de estudios primarios en un PEP, le convierten en una persona vulnerable a estar involucrado en actos violentos y le predisponen a que se convierta en víctima o agresor.



# **BIBLIOGRAFIA / BIBLIOGRAFÍA**

## BIBLIOGRAFIA / BIBLIOGRAFÍA

- Abasolo Tellería, A. E. (2016). El homicidio y los homicidas. Estudio descriptivo del homicidio en la provincia de Bizkaia (1992-2013). Características clínicas, médico legales y jurídicas de los homicidas.
- Addington, D., Addington, J., & Patten, S. (1996). Gender and affect in schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry*, 41(5), 265-268.
- Addington, J., Williams, J., Young, J., & Addington, D. (2004). Suicidal behaviour in early psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(2), 116-120.
- Administración de Justicia en Euskadi. (2017). Medicina Legal. Sitio web: <http://www.justizia.net/medicina-legal>
- Akers, R. L., & Sellers, C. S. (2004). *Criminological Theories*. 4. Aufl. Los Angeles/CA.
- Alcazar-Corcoles, M.A. Verdejo-Garcia, A., Bouso-Saiz J.C., Bezos-Saldana L. (2010) Neuropsicología de la agresión impulsiva *Rev Neurol*; 50 (5): 291-299.
- Aleman, A., Kahn, R. S., & Selten, J. P. (2003). Sex differences in the risk of schizophrenia: evidence from meta-analysis. *Archives of general psychiatry*, 60(6), 565-571.
- Allen, M. H., Currier, G. W., Carpenter, D., Ross, R. W., & Docherty, J. P. (2005). The expert consensus guideline series. Treatment of behavioral emergencies 2005. *Journal of psychiatric practice*, 11, 5-108.
- Álvarez, C. P., Molina, L. B., Macías, M. N., & Guilabert, M. (2015). Esquizofrenia en la prensa: ¿el estigma continúa?. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35(128), 721-730.
- American Psychiatric Association. (2006). *American Psychiatric Association Practice Guidelines for the treatment of psychiatric disorders: compendium 2006*. American Psychiatric Pub.
- Anckarsäter, H., Radovic, S., Svennerlind, C., Höglund, P., & Radovic, F. (2009). Mental disorder is a cause of crime: the cornerstone of forensic psychiatry. *International journal of law and psychiatry*, 32(6), 342-347.
- Anderson, M. (1997). Mental illness and criminal behaviour: A literature review. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 4(4), 243-250.
- Angermeyer, C. (2000). Schizophrenia and violence. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102(s407), 63-67.



- Angermeyer, M. C., Cooper, B., & Link, B. G. (1998). Mental disorder and violence: results of epidemiological studies in the era of de-institutionalization. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33(13), S1-S6.
- Appelbaum, P. S. (1997). Almost a revolution: an international perspective on the law of involuntary commitment. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online*, 25(2), 135-147.
- Appelbaum, P. S. (2006). Violence and mental disorders: data and public policy. *American Journal of Psychiatry*.
- Appelbaum, P. S., Robbins, P. C., & Monahan, J. (2000). Violence and delusions: Data from the MacArthur violence risk assessment study. *American Journal of Psychiatry*, 157(4), 566-572.
- Appelbaum, P. S., Robbins, P. C., & Monahan, J. (2000). Violence and delusions: Data from the MacArthur violence risk assessment study. *American Journal of Psychiatry*, 157(4), 566-572.
- Appelbaum, P. S., Robbins, P. C., & Monahan, J. (2000). Violence and delusions: Data from the MacArthur violence risk assessment study. *American Journal of Psychiatry*, 157(4), 566-572.
- Appelbaum, P. S., Robbins, P. C., & Roth, L. H. (1999). Dimensional approach to delusions: comparison across types and diagnoses. *American Journal of Psychiatry*, 156(12), 1938-1943.
- Arbach, K., & Andrés-Pueyo, A. (2007). Valoración del riesgo de violencia en enfermos mentales con el HCR-20. *Papeles del Psicólogo*, 28(3), 174-186.
- Archie, S., Rush, B. R., Akhtar-Danesh, N., Norman, R., Malla, A., Roy, P., & Zipursky, R. B. (2007). Substance use and abuse in first-episode psychosis: prevalence before and after early intervention. *Schizophrenia bulletin*, 33(6), 1354-1363.
- Bandura, A., & Walters, R. H. (1977). *Social learning theory*
- Barnes, T. R. E., Hutton, S. B., Chapman, M. J., Mutsatsa, S., Puri, B. K., & Joyce, E. M. (1999). West London first-episode study of schizophrenia: clinical correlates of duration of untreated psychosis at first presentation to psychiatric services. ELSEVIER SCIENCE BV.
- Barnett, J. H., Werners, U., Secher, S. M., Hill, K. E., Brazil, R., Masson, K. I. M., ... & Jones, P. B. (2007). Substance use in a population-based clinic sample of people with first-episode psychosis. *The British Journal of Psychiatry*, 190(6), 515-520.
- Bartol, C., & Bartol, A. (2005). *Criminal behavior: a psychological view*.

- Basoglu, C., Oner, O., Ates, A., Algul, A., Bez, Y., Cetin, M., ... & Munir, K. M. (2011). Synaptosomal-associated protein 25 gene polymorphisms and antisocial personality disorder: Association with temperament and psychopathy. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 56(6), 341-347.
- BBC. (2014). Los enfermos mentales del corredor de la muerte en Estados Unidos. 2017, de BBC Sitio web: [http://www.bbc.com/mundo/noticias/2014/12/141128\\_eeuu\\_enfermos\\_mentales\\_corredor\\_muerte\\_lv](http://www.bbc.com/mundo/noticias/2014/12/141128_eeuu_enfermos_mentales_corredor_muerte_lv)
- BBC. (2015). ¿Realmente las enfermedades mentales llevan asociadas más violencia?. 2017, de BBC, Mundo Sitio web: [http://www.bbc.com/mundo/noticias/2015/09/150727\\_vert\\_fut\\_enfermedades\\_mentales\\_violencia\\_yv](http://www.bbc.com/mundo/noticias/2015/09/150727_vert_fut_enfermedades_mentales_violencia_yv)
- Beauchamp, G., & Gagnon, A. (2004). Influence of diagnostic classification on gender ratio in schizophrenia. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 39(12), 1017-1022.
- Bendall, S., Jackson, H. J., Hulbert, C. A., & McGorry, P. D. (2008). Childhood trauma and psychotic disorders: a systematic, critical review of the evidence. *Schizophrenia bulletin*, 34(3), 568-579.
- Bennedsen, B. E. (1998). Adverse pregnancy outcome in schizophrenic women: occurrence and risk factors. *Schizophrenia research*, 33(1), 1-26.
- Berkowitz, L. (1993). *Aggression: Its causes, consequences, and control*. McGraw-Hill Book Company.
- Berton, O., McClung, C. A., DiLeone, R. J., Krishnan, V., Renthal, W., Russo, S. J., ... & Monteggia, L. M. (2006). Essential role of BDNF in the mesolimbic dopamine pathway in social defeat stress. *Science*, 311(5762), 864-868.
- Berton, O., McClung, C. A., DiLeone, R. J., Krishnan, V., Renthal, W., Russo, S. J., ... & Monteggia, L. M. (2006). Essential role of BDNF in the mesolimbic dopamine pathway in social defeat stress. *Science*, 311(5762), 864-868.
- Bhakta, S. G., Zhang, J. P., & Malhotra, A. K. (2012). The COMT Met158 allele and violence in schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophrenia research*, 140(1), 192-197.
- Birchwood, M., Todd, P., & Jackson, C. (1998). Early intervention in psychosis: the critical-period hypothesis. *International Clinical Psychopharmacology*, 13, S31-S40.
- Bjorkly, S. (2002). Psychotic symptoms and violence toward others—a literature review of some preliminary findings: Part 1. Delusions. *Aggression and Violent Behavior*, 7(6), 617-631.

- Bjørkly, S. (2013). A systematic review of the relationship between impulsivity and violence in persons with psychosis: Evidence or spin cycle?. *Aggression and violent behavior, 18*(6), 753-760.
- Black, K., Peters, L., Rui, Q., Milliken, H., Whitehorn, D., & Kopala, L. C. (2001).
- Bo, S., Abu-Akel, A., Kongerslev, M., Haahr, U. H., & Simonsen, E. (2011). Risk factors for violence among patients with schizophrenia. *Clinical psychology review, 31*(5), 711-726.
- Bonta, J., Law, M., & Hanson, K. (1998). The prediction of criminal and violent recidivism among mentally disordered offenders: a meta-analysis. *Psychological bulletin, 123*(2), 123.
- Borum, R. (2004). *Psychology of Terrorism* (Tampa, Florida, University of South Florida).
- Boyda, D., McFeeters, D., & Shevlin, M. (2015). Intimate partner violence, sexual abuse, and the mediating role of loneliness on psychosis. *Psychosis, 7*(1), 1-13.
- Boyda, D., McFeeters, D., & Shevlin, M. (2015). Intimate partner violence, sexual abuse, and the mediating role of loneliness on psychosis. *Psychosis, 7*(1), 1-13.
- Brabban, A., Tai, S., & Turkington, D. (2009). Predictors of outcome in brief cognitive behavior therapy for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin, 35*(5), 859-864.
- Buchanan, R. W., Kreyenbuhl, J., Kelly, D. L., Noel, J. M., Boggs, D. L., Fischer, B. A., ... & Keller, W. (2010). The 2009 schizophrenia PORT psychopharmacological treatment recommendations and summary statements. *Schizophrenia bulletin, 36*(1), 71-93.
- Buckley, P., Citrome, L., Nichita, C., & Vitacco, M. (2011). Psychopharmacology of aggression in schizophrenia. *Schizophrenia bulletin, 37*(5), 930-936.
- Bustillo Iceta, M. (2016). Utilidad de la monitorización terapéutica de antipsicóticos de segunda generación en la práctica clínica de los primeros episodios psicóticos.
- Calvete, E. (2008). Justification of violence and grandiosity schemas as predictors of antisocial behavior in adolescents. *Journal of abnormal child psychology, 36*(7), 1083.
- Calvete, E., & Orue, I. (2008). Ansiedad social y esquemas cognitivos disfuncionales. *Psicol. conduct, 5*-21.
- Calvete, E., & Orue, I. (2011). The impact of violence exposure on aggressive behavior through social information processing in adolescents. *American Journal of Orthopsychiatry, 81*(1), 38.

- Carrasco, M. Á., & González, M. J. (2006). Aspectos conceptuales de la agresión: definición y modelos explicativos [Theoretical issues on aggression: concept and models]. *Acción psicológica*, 4(2), 7-38.
- Cascio, M. T., Cella, M., Preti, A., Meneghelli, A., & Cocchi, A. (2012). Gender and duration of untreated psychosis: a systematic review and meta-analysis. *Early intervention in psychiatry*, 6(2), 115-127.
- Caspi, A., Hariri, A. R., Holmes, A., Uher, R., & Moffitt, T. E. (2010). Genetic sensitivity to the environment: the case of the serotonin transporter gene and its implications for studying complex diseases and traits. *Focus*, 8(3), 398-416.
- Caspi, A., McClay, J., Moffitt, T. E., Mill, J., Martin, J., Craig, I. W., ... & Poulton, R. (2002). Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. *Science*, 297(5582), 851-854.
- Castle, D., Sham, P., & Murray, R. (1998). Differences in distribution of ages of onset in males and females with schizophrenia. *Schizophrenia research*, 33(3), 179-183.
- Chang, W. C., Chan, S. S. I., Hui, C. L. M., Chan, S. K. W., Lee, E. H. M., & Chen, E. Y. H. (2015). Prevalence and risk factors for violent behavior in young people presenting with first-episode psychosis in Hong Kong: A 3-year follow-up study. *Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 49(10), 914-922.
- Chang, W. C., Chan, S. S. I., Hui, C. L. M., Chan, S. K. W., Lee, E. H. M., & Chen, E. Y. H. (2015). Prevalence and risk factors for violent behavior in young people presenting with first-episode psychosis in Hong Kong: A 3-year follow-up study. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 49(10), 914-922.
- Chang, W. C., Tang, J. Y. M., Hui, C. L. M., Wong, G. H. Y., Chan, S. K. W., Lee, E. H. M., & Chen, E. Y. H. (2013). The relationship of early premorbid adjustment with negative symptoms and cognitive functions in first-episode schizophrenia: a prospective three-year follow-up study. *Psychiatry research*, 209(3), 353-360.
- Chaves, A. C., Seeman, M. V., Mari, J. J., & Maluf, A. (1993). Schizophrenia: impact of positive symptoms on gender social role. *Schizophrenia research*, 11(1), 41-45.
- Cheung, P., Schweitzer, I., Crowley, K., & Tuckwell, V. (1997). Violence in schizophrenia: role of hallucinations and delusions. *Schizophrenia research*, 26(2), 181-190.
- CIBERSAM. (2015). Guía clínica y terapéutica para primeros episodios psicóticos en la infancia y adolescencia. MAYO 03, 2017, de Centro de Investigación Biomédica en Red - CIBER Sitio web: [http://www.ciberisciii.es/ficheros/SAM/Gu%C3%ADaPEPInfanciaAdolescencia\\_v5.0.pdf](http://www.ciberisciii.es/ficheros/SAM/Gu%C3%ADaPEPInfanciaAdolescencia_v5.0.pdf)

- Cinik, E., Güçlü, O., Şenormancı, Ö., Aydın, E., Erkıran, M., & Erkmen, H. (2015). Substance use effects on the characteristics of crime and violence in criminal male with schizophrenia. *Anatolian Journal of Psychiatry*, *16*(2), 104-112.
- Citrome L, Volavka J. Treatment of violent behavior. In: Tasman A, Lieberman J, Kay J, eds. *Psychiatry*. 2nd ed. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2003
- Citrome, L. (2009). Adjunctive lithium and anticonvulsants for the treatment of schizophrenia: what is the evidence?. *Expert review of neurotherapeutics*, *9*(1), 55-71.
- Coid, J. W., Ullrich, S., Bebbington, P., Fazel, S., & Keers, R. (2016). Paranoid ideation and violence: meta-analysis of individual subject data of 7 population surveys. *Schizophrenia bulletin*, *42*(4), 907-915.
- Coid, J. W., Ullrich, S., Kallis, C., Keers, R., Barker, D., Cowden, F., & Stamps, R. (2013). The relationship between delusions and violence: findings from the East London first episode psychosis study. *JAMA psychiatry*, *70*(5), 465-471.
- Coid, J., Yang, M., Roberts, A., Ullrich, S., Moran, P., Bebbington, P., ... & Singleton, N. (2006). Violence and psychiatric morbidity in the national household population of Britain: public health implications. *The British Journal of Psychiatry*, *189*(1), 12-19.
- Coid, J., Yang, M., Roberts, A., Ullrich, S., Moran, P., Bebbington, P., ... & Singleton, N. (2006). Violence and psychiatric morbidity in a national household population—a report from the British Household Survey. *American Journal of Epidemiology*, *164*(12), 1199-1208.
- Concha-Eastman, A., & Krug, E. (2002). Informe mundial sobre la salud y la violencia de la OMS: una herramienta de trabajo. *Revista Panamericana de Salud Pública*, *12*(4), 227-229.
- Conner, K. R., Duberstein, P. R., Conwell, Y., & Caine, E. D. (2003). Reactive aggression and suicide: Theory and evidence. *Aggression and violent behavior*, *8*(4), 413-432.
- Cotton, S. M., Lambert, M., Berk, M., Schimmelmann, B. G., Butselaar, F. J., McGorry, P. D., & Conus, P. (2013). Gender differences in first episode psychotic mania. *BMC psychiatry*, *13*(1), 82.
- Cotton, S. M., Lambert, M., Schimmelmann, B. G., Foley, D. L., Morley, K. I., McGorry, P. D., & Conus, P. (2009). Gender differences in premorbid, entry, treatment, and outcome characteristics in a treated epidemiological sample of 661 patients with first episode psychosis. *Schizophrenia research*, *114*(1), 17-24.
- De Bellis, M. D., Chrousos, G. P., Dorn, L. D., Burke, L., Helmers, K., Kling, M. A., ... & Putnam, F. W. (1994). Hypothalamic-pituitary-adrenal axis dysregulation

- in sexually abused girls. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 78(2), 249-255.
- De Bellis, M. D., Chrousos, G. P., Dorn, L. D., Burke, L., Helmers, K., Kling, M. A., ... & Putnam, F. W. (1994). Hypothalamic-pituitary-adrenal axis dysregulation in sexually abused girls. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 78(2), 249-255.
- De Boer, S. F., Olivier, B., Veening, J., & Koolhaas, J. M. (2015). The neurobiology of offensive aggression: revealing a modular view. *Physiology & behavior*, 146, 111-127.
- Dean, K., Walsh, E., Moran, P., Tyrer, P., Creed, F., Byford, S., ... & Fahy, T. (2006). Violence in women with psychosis in the community: prospective study. *The British Journal of Psychiatry*, 188(3), 264-270.
- Dean, K., Walsh, E., Morgan, C., Demjaha, A., Dazzan, P., Morgan, K., ... & Murray, R. M. (2007). Aggressive behaviour at first contact with services: findings from the AESOP First Episode Psychosis Study. *Psychological medicine*, 37(04), 547-557.
- Dean, K., Walsh, E., Morgan, C., Demjaha, A., Dazzan, P., Morgan, K., ... & Murray, R. M. (2007). Aggressive behaviour at first contact with services: findings from the AESOP First Episode Psychosis Study. *Psychological medicine*, 37(04), 547-557.
- Degenhardt, L., Chiu, W. T., Sampson, N., Kessler, R. C., Anthony, J. C., Angermeyer, M., ... & Karam, A. (2008). Toward a global view of alcohol, tobacco, cannabis, and cocaine use: findings from the WHO World Mental Health Surveys. *PLoS Med*, 5(7), e141.
- Del Barrio, M. V. (2004). Socialización inadecuada. *VIII Reunión Intenacional sobre Biología y Sociología de la Violencia. Valencia: Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia.*
- DENOMINACIÓN, C. A. H. P. (2005). 4. EL PROCESO DE DESINSTITUCIONALIZACIÓN DE LOS HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS: En el cuestionario elaborado por la anterior Junta Directiva de la AEN, se incluyó un apartado sobre evaluación del Proceso de Reforma en las distintas CCAA. Nos ha parecido importante presentar el resumen de los datos aportados por cada una de ellas. En la tabla 44 mostramos la situación actual de los Hospitales Psiquiátricos. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 25(93), 55-58.
- DeWall, C. N., & Way, B. M. (2014). A New Piece to Understanding the Intimate Partner Violence Puzzle What Role Do Genetics Play?. *Violence against women*, 20(4), 414-419.

- Dodge, K. A., & Coie, J. D. (1987). Social-information-processing factors in reactive and proactive aggression in children's peer groups. *Journal of personality and social psychology*, 53(6), 1146.
- Douglas, K. S., & Skeem, J. L. (2005). Violence risk assessment: getting specific about being dynamic. *Psychology, Public Policy, and Law*, 11(3), 347.
- Douglas, K. S., Guy, L. S., & Hart, S. D. (2009). Psychosis as a risk factor for violence to others: a meta-analysis. *Psychological bulletin*, 135(5), 679.
- Draine, J., Salzer, M. S., Culhane, D. P., & Hadley, T. R. (2002). Role of social disadvantage in crime, joblessness, and homelessness among persons with serious mental illness. *Psychiatric Services*.
- DSM-5 (2014) Manual Diagnostico y estadistico de los Trastornos Mentales, 5ª edición. Ed Medica Panamericana.
- Duration of untreated psychosis predicts treatment outcome in an early psychosis program. *Schizophrenia research*, 47(2), 215-222.
- Durkheim, É. (1895). L'état actuel des études sociologiques en France. *E. Durkheim. Textes*, 1, 73-108.
- Echeburúa, E. (1998). *Personalidades violentas* (p. 5). Madrid: Pirámide.
- El Mundo. (2016). El 'violador de la Diagonal' pide ir al psiquiátrico tras su nueva condena. 2017, de El Mundo Sitio web: <http://www.elmundo.es/comunidadvalenciana/castellon/2016/12/12/584e87fb268e3e26388b457a.html>
- El Pais. (2014). Un joven mata con arma blanca a sus padres en un pueblo de Toledo. 2017, de El Pais Sitio web: [http://politica.elpais.com/politica/2014/12/24/actualidad/1419408404\\_746205.html](http://politica.elpais.com/politica/2014/12/24/actualidad/1419408404_746205.html)
- El Pais. (2015). Una pariente enferma mental, sospechosa del crimen de Valencia. 2017, de El Pais Sitio web: [http://ccaa.elpais.com/ccaa/2015/08/29/valencia/1440844487\\_699134.html](http://ccaa.elpais.com/ccaa/2015/08/29/valencia/1440844487_699134.html)
- El Pais. (2016). “Una voz telepática me ordenó matar a la niña para salvar el mundo”. 2017, de El Pais Sitio web: [http://ccaa.elpais.com/ccaa/2016/06/07/galicia/1465306570\\_197274.html](http://ccaa.elpais.com/ccaa/2016/06/07/galicia/1465306570_197274.html)
- Elbogen, E. B., & Johnson, S. C. (2009). The intricate link between violence and mental disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of general Psychiatry*, 66(2), 152-161.
- Elbogen, E. B., & Johnson, S. C. (2009). The intricate link between violence and mental disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of general Psychiatry*, 66(2), 152-161.

- Ernest Lluch. Informe para la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. Ministerio de Sanidad. Abril 1985.
- Eronen, M., Angermeyer, M. C., & Schulze, B. (1998). The psychiatric epidemiology of violent behaviour. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33(1), S13-S23.
- Esbec, E., & Echeburúa, E. (2016). Violencia y esquizofrenia: un análisis clínico-forense. *Anuario de Psicología Jurídica*.
- Esbec, E., & Echeburúa, E. (2016). Violencia y esquizofrenia: un análisis clínico-forense. *Anuario de Psicología Jurídica*, 26(1), 70-79.
- Esplugues, J. S. (2007). ¿ Qué es violencia? Una aproximación al concepto ya la clasificación de la violencia. *Daimon Revista Internacional de Filosofía*, (42), 9-21.
- Eysenck, H. J., & Eysenck, S. B. G. (1977). *Psychoticism as a dimension of personality*. Taylor & Francis Group.
- Ezpeleta, L. (2005). *Factores de riesgo en psicopatología del desarrollo*.
- Farnham, F. R., & James, D. V. (2001). "Dangerousness" and dangerous law. *The Lancet*, 358(9297), 1926.
- Farnham, F. R., James, D. V., & Cantrell, P. (2000). Association between violence, psychosis, and relationship to victim in stalkers. *The Lancet*, 355(9199), 199.
- Fazel, S., & Grann, M. (2006). The population impact of severe mental illness on violent crime. *American Journal of Psychiatry*, 163(8), 1397-1403.
- Fazel, S., & Yu, R. (2009). Psychotic disorders and repeat offending: systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, sbp135.
- Fazel, S., Gulati, G., Linsell, L., Geddes, J. R., & Grann, M. (2009). Schizophrenia and violence: systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*, 6(8), e1000120.
- Fazel, S., Långström, N., Hjern, A., Grann, M., & Lichtenstein, P. (2009). Schizophrenia, substance abuse, and violent crime. *Jama*, 301(19), 2016-2023.
- Fazel, S., Singh, J. P., Doll, H., & Grann, M. (2012). Use of risk assessment instruments to predict violence and antisocial behaviour in 73 samples involving 24 827 people: systematic review and meta-analysis. *Bmj*, 345, e4692.
- findings in antisocial, violent, and psychopathic individuals: a meta-analysis. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 174(2), 81-88.



- Foley, S. R., Browne, S., Clarke, M., Kinsella, A., Larkin, C., & O'Callaghan, E. (2007). Is violence at presentation by patients with first-episode psychosis associated with duration of untreated psychosis?. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 42(8), 606-610.
- Foley, S. R., Kelly, B. D., Clarke, M., McTigue, O., Gervin, M., Kamali, M., ... & Browne, S. (2005). Incidence and clinical correlates of aggression and violence at presentation in patients with first episode psychosis. *Schizophrenia research*, 72(2), 161-168.
- Ford, E. (2015). First-Episode Psychosis in the Criminal Justice System: Identifying a Critical Intercept for Early Intervention. *Harvard review of psychiatry*, 23(3), 167-175.
- Fournier, M. (2007). *Émile Durkheim: 1858-1917*. Fayard.
- Fusté-Escolano, A., & Rodríguez, J. R. (2000). Estructura factorial de la versión reducida del "Eysenck Personality Profiler". *Psicothema*, 12(3), 406-411.
- Galdas, P. M., Cheater, F., & Marshall, P. (2005). Men and health help-seeking behaviour: literature review. *Journal of advanced nursing*, 49(6), 616-623.
- Galderisi, S., Bucci, P., Üçok, A., & Peuskens, J. (2012). No gender differences in social outcome in patients suffering from schizophrenia. *European Psychiatry*, 27(6), 406-408.
- García Fernández, L. (2017). Eficacia del programa de rehabilitación cognitiva computarizada (REHACOM) sobre la cognición y el funcionamiento psicosocial de pacientes diagnosticados de un primer episodio psicótico.
- Garrido Genoves V. y Redondo Illescas S. (2013) Principios de Criminología. Manuales de Derecho Penal) 4ª Edicion Ed. Tirant lo Blanch.
- Goethals, K., Willigenburg, L., Buitelaar, J., & Van Marle, H. (2008). Behaviour problems in childhood and adolescence in psychotic offenders: an exploratory study. *Criminal behaviour and mental health*, 18(3), 153-165.
- Goodman, L. A., Rosenberg, S. D., Mueser, K. T., & Drake, R. E. (1997). Physical and sexual assault history in women with serious mental illness: prevalence, correlates, treatment, and future research directions. *Schizophrenia Bulletin*, 23(4), 685.
- Gosden, N. P., Kramp, P., Gabrielsen, G., Andersen, T. F., & Sestoft, D. (2005). Violence of young criminals predicts schizophrenia: a 9-year register-based followup of 15-to 19-year-old criminals. *Schizophrenia Bulletin*, 31(3), 759-768.
- Green, B., Schramm, T. M., Chiu, K., McVie, N., & Hay, S. (2009). Violence severity and psychosis. *International Journal of Forensic Mental Health*, 8(1), 33-40.

- Guimón, J., Sota, E., Bulbena, E., Zuazo Arsuaga, J. I., & Pérez Simó, R. (1989). Métodos de evaluación de la política de desinstitucionalización. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 9(31), 533-548.
- Gureje, O. (1991). Gender and schizophrenia: age at onset and sociodemographic attributes. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 83(5), 402-405.
- Häfner, H., Behrens, S., Gattaz, W. F., Hambrecht, M., Löffler, W., Maurer, K., ... & Stein, A. (1998). Causes and consequences of the gender difference in age at onset of schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 24(1), 99.
- Hall, F. S., Wilkinson, L. S., Humby, T., & Robbins, T. W. (1999). Maternal deprivation of neonatal rats produces enduring changes in dopamine function. *Synapse*, 32(1), 37-43.
- Hanson, R. F., Self-Brown, S., Borntrager, C., Kilpatrick, D. G., Saunders, B. E., Resnick, H. S., & Amstadter, A. (2008). Relations among gender, violence exposure, and mental health: The national survey of adolescents. *American Journal of Orthopsychiatry*, 78(3), 313-321.
- Hare, R. D. (2003). Sin conciencia. El inquietante mundo de los psicópatas que nos rodean [No conscience. The disturbing world of the psychopaths around us].
- Harris, A. W., Large, M. M., Redoblado-Hodge, A., Nielssen, O., Anderson, J., & Brennan, J. (2010). Clinical and cognitive associations with aggression in the first episode of psychosis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44(1), 85-93.
- Hartwig, R. P., & CPCU, S. V. P. (2004, October). The Cost of Terrorism: How Much cCan We Afford?. In *Philadelphia, PA, National Association of Business, Economics, 46th Annual Meeting*.
- Hastings, M. E., Krishnan, S., Tangney, J. P., & Stuewig, J. (2011). Predictive and incremental validity of the Violence Risk Appraisal Guide scores with male and female jail inmates. *Psychological assessment*, 23(1), 174.
- Heaton, R. K. (1993). Wisconsin card sorting test: computer version 2. Odessa: Psychological Assessment Resources.
- Heila, H., Isometsa, E. T., Henriksson, M. M., Heikkinen, M. E., Marttunen, M. J., & Lonnqvist, J. K. (1997). Suicide and schizophrenia: a nationwide psychological autopsy study on age-and sex-specific clinical characteristics of 92 suicide victims with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 154(9), 1235-1242.
- Heim, C., Newport, D. J., Heit, S., Graham, Y. P., Wilcox, M., Bonsall, R., ... & Nemeroff, C. B. (2000). Pituitary-adrenal and autonomic responses to stress in women after sexual and physical abuse in childhood. *Jama*, 284(5), 592-597.

- Hernández-Viadel, M., Nicolás, C. C., Calatayud, G. L., Prieto, J. F. P., & Millan, R. T. (2007). Tratamiento ambulatorio involuntario para personas con trastorno mental severo. Resultados de un estudio en la ciudad de Valencia. *Psiquiatría Biológica*, 14(1), 7-12.
- Hernández-Viadel, M., Nicolás, C. C., Calatayud, G. L., Prieto, J. F. P., & Millan, R. T. (2007). Tratamiento ambulatorio involuntario para personas con trastorno mental severo. Resultados de un estudio en la ciudad de Valencia. *Psiquiatría Biológica*, 14(1), 7-12.
- Hiday, V. A., Swartz, M. S., Swanson, J. W., Borum, R., & Wagner, H. R. (1998). Male-female differences in the setting and construction of violence among people with severe mental illness. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33(1), S68-S74.
- Hiday, V. A., Swartz, M. S., Swanson, J. W., Borum, R., & Wagner, H. R. (1999). Criminal victimization of persons with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 50(1), 62-68.
- Hirigoyen, M. (1999). El acoso moral: el maltrato psicológico en la vida cotidiana (Vol. 42): Paidós Ibérica Ediciones SA.
- Hirigoyen, M. F. (2004). «Lugar de trabajo», en J. Sanmartín (ed.): *El laberinto de la violencia*, Barcelona, Ariel, 2004, pp. 111-122
- Hirigoyen, M. F., & Valls, N. P. (2001). El acoso moral en el trabajo: Distinguir lo verdadero de lo falso.
- History of violent behaviour and schizophrenia in different cultures. Analyses based on the WHO study on Determinants of Outcome of Severe Mental Disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 171(1), 9-14.
- Hodgins, S. (2008). Violent behaviour among people with schizophrenia: a framework for investigations of causes, and effective treatment, and prevention. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 363(1503), 2505-2518.
- Hodgins, S. (2014). Among untreated violent offenders with schizophrenia, persecutory delusions are associated with violent recidivism. *Evidence Based Mental Health*, 17(3), 75-75.
- Hodgins, S., & Klein, S. (2016). New clinically relevant findings about violence by people with schizophrenia. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 0706743716648300.
- Hodgins, S., Alderton, J., Cree, A., Aboud, A., & Mak, T. (2007). Aggressive behaviour, victimisation and crime among severely mentally ill patients requiring hospitalisation. *The British Journal of Psychiatry*, 191(4), 343-350.

- Hodgins, S., Calem, M., Shimel, R., Williams, A., Harleston, D., Morgan, C., ... & Zanelli, J. (2011). Criminal offending and distinguishing features of offenders among persons experiencing a first episode of psychosis. *Early intervention in psychiatry*, 5(1), 15-23.
- Hodgins, S., Cree, A., Alderton, J., & Mak, T. (2008). From conduct disorder to severe mental illness: associations with aggressive behaviour, crime and victimization. *Psychological medicine*, 38(07), 975-987.
- Hodgins, S., Mednick, S. A., Brennan, P. A., Schulsinger, F., & Engberg, M. (1996). Mental disorder and crime: evidence from a Danish birth cohort. *Archives of General Psychiatry*, 53(6), 489-496.
- Honings, S., Drukker, M., ten Have, M., de Graaf, R., Van Dorsselaer, S., & van Os, J. (2016). Psychotic experiences and risk of violence perpetration and arrest in the general population: a prospective study. *PLoS one*, 11(7), e0159023.
- <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/725/9275315884.pdf>.
- Huber, D., Veinante, P., & Stoop, R. (2005). Vasopressin and oxytocin excite distinct neuronal populations in the central amygdala. *Science*, 308(5719), 245-248.
- Huesmann, L. R., & Guerra, N. G. (1997). Children's normative beliefs about aggression and aggressive behavior. *Journal of personality and social psychology*, 72(2), 408.
- Huesmann, L. R., Moise-Titus, J., Podolski, C. L., & Eron, L. D. (2003). Longitudinal relations between children's exposure to TV violence and their aggressive and violent behavior in young adulthood: 1977-1992. *Developmental psychology*, 39(2), 201.
- Humphreys, M. S., Johnstone, E. C., MacMillan, J. F., & Taylor, P. J. (1992). Dangerous behaviour preceding first admissions for schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*, 161(4), 501-505.
- Instituto Vasco de Medicina Legal. (2015). *Violencia intrafamiliar excluida la de la pareja en la UVFI de Bizkaia, IVML, Subdirección Bizkaia. PAIS VASCO: GOBIERNO VASCO. SERVICIO CENTRAL DE.*
- Jablensky, A., McGrath, J., Herrman, H., Castle, D., Gureje, O., Morgan, V., & Korten, A. (1999). People living with psychotic illness: an Australian study 1997-98. *National Survey of Mental Health and Wellbeing Report*, 4, 1-20.
- James, A. (1998). Stigma of mental illness. Foreword. *Lancet* (London, England), 352(9133), 1048-1048.
- Johnstone, E. C., Crow, T. J., Johnson, A. L., & MacMillan, J. F. (1986). The Northwick Park Study of first episodes of schizophrenia. I. Presentation of the illness and problems relating to admission. *The British Journal of Psychiatry*, 148(2), 115-120.

- Junginger, J. (1996). Psychosis and violence: The case for a content analysis of psychotic experience. *Schizophrenia bulletin*, 22(1), 91.
- Junginger, J., Parks-Levy, J., & McGuire, L. (1998). Delusions and symptom-consistent violence. *Psychiatric Services*, 49(2), 218-220.
- Junginger, J., Parks-Levy, J., & McGuire, L. (2006). Delusions and symptom-consistent violence. *Psychiatric Services*.
- Justicia, F., Benítez, J. L., Pichardo, M. C., Fernández, E., García, T., & Fernández, M. (2006). Aproximación a un nuevo modelo explicativo del comportamiento antisocial. *Revista electrónica de investigación psicoeducativa*, 4(2), 131-150.
- Keers, R., Ullrich, S., DeStavola, B. L., & Coid, J. W. (2014). Association of violence with emergence of persecutory delusions in untreated schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 171(3), 332-339.
- Kelly, B. D. (2005). Structural violence and schizophrenia. *Social science & medicine*, 61(3), 721-730.
- Kernberg, O.F. (2005) “El odio como afecto nuclear de la agresión”. En: *Agresividad, narcisismo y autodestrucción en la relación psicoterapeuta*. Cap. 2, p.p. 27-43. México. Manual Moderno.
- Keshavan, M. S., Duggal, H. S., Veeragandham, G., McLaughlin, N. M., Montrose, D. M., Haas, G. L., & Schooler, N. R. (2005). Personality dimensions in first-episode psychoses. *American Journal of Psychiatry*, 162(1), 102-109.
- Kessler, R. C., Brown, R. L., & Broman, C. L. (1981). Sex differences in psychiatric help-seeking: evidence from four large-scale surveys. *Journal of health and social behavior*, 49-64.
- Kim-Cohen, J., Caspi, A., Taylor, A., Williams, B., Newcombe, R., Craig, I. W., & Moffitt, T. E. (2006). MAOA, maltreatment, and gene–environment interaction predicting children's mental health: new evidence and a meta-analysis. *Molecular psychiatry*, 11(10), 903-913.
- Kinoshita, Y., Shimodera, S., Nishida, A., Kinoshita, K., Watanabe, N., Oshima, N., ... & Okazaki, Y. (2011). Psychotic-like experiences are associated with violent behavior in adolescents. *Schizophrenia research*, 126(1), 245-251.
- Köhler, S., van der Werf, M., Hart, B., Morrison, G., McCreadie, R., Kirkpatrick, B., ... & Allardyce, J. (2009). Evidence that better outcome of psychosis in women is reversed with increasing age of onset: a population-based 5-year follow-up study. *Schizophrenia research*, 113(2), 226-232.
- Kooyman, I., Dean, K., Harvey, S., & Walsh, E. (2007). Outcomes of public concern in schizophrenia. *The British journal of psychiatry*, 191(50), s29-s36.

- Køster, A., Lajer, M., Lindhardt, A., & Rosenbaum, B. (2008). Gender differences in first episode psychosis. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 43(12), 940-946.
- Krakowski, M. I., Czobor, P., Citrome, L., Bark, N., & Cooper, T. B. (2006). Atypical antipsychotic agents in the treatment of violent patients with schizophrenia and schizoaffective disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63(6), 622-629.
- Krakowski, M., & Czobor, P. (2004). Gender differences in violent behaviors: relationship to clinical symptoms and psychosocial factors. *American Journal of Psychiatry*, 161(3), 459-465.
- Krakowski, M., Volavka, J., & Brizer, D. (1986). Psychopathology and violence: a review of literature. *Comprehensive Psychiatry*, 27(2), 131-148.
- Kring, A. M., & Moran, E. K. (2008). Emotional response deficits in schizophrenia: insights from affective science. *Schizophrenia bulletin*, 34(5), 819-834.
- Krug, E. G., Mercy, J. A., Dahlberg, L. L., & Zwi, A. B. (2002). The world report on violence and health. *The lancet*, 360(9339), 1083-1088.
- Laajasalo, T., & Häkkänen, H. (2006). Excessive violence and psychotic symptomatology among homicide offenders with schizophrenia. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 16(4), 242-253.
- Lafuente Lázaro, S., Santos Francisco González, J., Criado Martín, I., & Covarrubias Fernández, C. (2007). Desinstitucionalización y calidad de vida en pacientes esquizofrénicos: El caso de Segovia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 27(2), 47-59.
- Lagerberg, T. V., Sundet, K., Aminoff, S. R., Berg, A. O., Ringen, P. A., Andreassen, O. A., & Melle, I. (2011). Excessive cannabis use is associated with earlier age at onset in bipolar disorder. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 261(6), 397-405.
- Lahey, B. B., Waldman, I. D., & McBurnett, K. (1999). Annotation: The development of antisocial behavior: An integrative causal model. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40(5), 669-682.
- Lamb, H. R., & Bachrach, L. L. (2001). Some perspectives on deinstitutionalization. *Psychiatric Services*.
- Lamb, H. R., & Bachrach, L. L. (2001). Some perspectives on deinstitutionalization. *Psychiatric Services*, 52(8), 1039-1045.
- Lamb, H. R., & Weinberger, L. E. (1998). Persons with severe mental illness in jails and prisons: A review. *Psychiatric services*.

- Lambert, M., Conus, P., Cotton, S., Robinson, J., McGorry, P. D., & Schimmelmann, B. G. (2010). Prevalence, predictors, and consequences of long-term refusal of antipsychotic treatment in first-episode psychosis. *Journal of clinical psychopharmacology*, 30(5), 565-572.
- Lambert, M., Conus, P., Cotton, S., Robinson, J., McGorry, P. D., & Schimmelmann, B. G. (2010). Prevalence, predictors, and consequences of long-term refusal of antipsychotic treatment in first-episode psychosis. *Journal of clinical psychopharmacology*, 30(5), 565-572.
- Lamsma, J., & Harte, J. M. (2015). Violence in psychosis: conceptualizing its causal relationship with risk factors. *Aggression and violent behavior*, 24, 75-82.
- Langeveld, J., Bjørkly, S., Auestad, B., Barder, H., Evensen, J., ten Velden Hegelstad, W., ... & Opjordsmoen, S. (2014). Treatment and violent behavior in persons with first episode psychosis during a 10-year prospective follow-up study. *Schizophrenia research*, 156(2), 272-276.
- Large, M. M., & Nielssen, O. (2011). Violence in first-episode psychosis: a systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia research*, 125(2), 209-220.
- Large, M., & Nielssen, O. (2007). Treating the first episode of schizophrenia earlier will save lives. *Schizophrenia research*, 92(1), 276-277.
- Large, M., & Nielssen, O. (2008). Evidence for a relationship between the duration of untreated psychosis and the proportion of psychotic homicides prior to treatment. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 43(1), 37-44.
- Large, M., Andrews, D., Babidge, N., Hume, F., & Nielssen, O. (2008). Self-inflicted eye injuries in first-episode and previously treated psychosis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 42(3), 183-191.
- Large, M., Babidge, N., Andrews, D., Storey, P., & Nielssen, O. (2009). Major self-mutilation in the first episode of psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 35(5), 1012-1021.
- Látalová, K. (2014). Violence and duration of untreated psychosis in first-episode patients. *International journal of clinical practice*, 68(3), 330-335.
- LEY, 14/1986, 25 de Abril de 1986, General de Sanidad. BOE 102. 29 de abril de 1986: p 15207-15224.
- Lindqvist, P., & Allebeck, P. (1990). Schizophrenia and crime. A longitudinal follow-up of 644 schizophrenics in Stockholm. *The British Journal of Psychiatry*, 157(3), 345-350.
- Link, B. G., & Stueve, A. (1998). New evidence on the violence risk posed by people with mental illness: on the importance of specifying the timing and the targets of violence. *Archives of General Psychiatry*, 55(5), 403-404.

- Linszen, D., Lenior, M., De Haan, L., Dingemans, P., & Gersons, B. (1998). Early intervention, untreated psychosis and the course of early schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*.
- Lorenzo, N. M. (2014). *Detección precoz en los trastornos psicóticos: Una comparación de las características sociodemográficas y clínicas entre dos grupos diagnósticos clínicamente diferenciados* (Doctoral dissertation, Universitat Ramon Llull).
- Lykken, D. T. (1995). *The antisocial personalities*. Psychology Press.
- Margolin, G., & Gordis, E. B. (2004). Children's exposure to violence in the family and community. *Current Directions in Psychological Science*, 13(4), 152-155.
- Margolin, G., & Gordis, E. B. (2004). Children's exposure to violence in the family and community. *Current Directions in Psychological Science*, 13(4), 152-155.
- Marion-Veyron, R., Lambert, M., Cotton, S. M., Schimmelmann, B. G., Gravier, B., McGorry, P. D., & Conus, P. (2015). History of offending behavior in first episode psychosis patients: a marker of specific clinical needs and a call for early detection strategies among young offenders. *Schizophrenia research*, 161(2), 163-168.
- Marmolejo, I. I. (2005). *Violència contra personas mayores*. Ariel.
- Matsueda, R. L. (1988). The current state of differential association theory. *Crime & Delinquency*, 34(3), 277-306.
- Maurex, L., Zaboli, G., Öhman, A., Åsberg, M., & Leopardi, R. (2010). The serotonin transporter gene polymorphism (5-HTTLPR) and affective symptoms among women diagnosed with borderline personality disorder. *European Psychiatry*, 25(1), 19-25.
- Mazzoncini, R., Donoghue, K., Hart, J., Morgan, C., Doody, G. A., Dazzan, P., ... & Fearon, P. (2010). Illicit substance use and its correlates in first episode psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 121(5), 351-358.
- McCrae, R. R., & Costa, P. T. (1985). Updating Norman's "adequacy taxonomy": Intelligence and personality dimensions in natural language and in questionnaires. *Journal of personality and social psychology*, 49(3), 710.
- McEwan, T. E., Mullen, P. E., MacKenzie, R. D., & Ogloff, J. R. (2009). Violence in stalking situations. *Psychological medicine*, 39(09), 1469-1478.
- McGlashan, T. H. (2000, March). "Duration of untreated psychosis in first-episode schizophrenia: Marker or determinant of course?": Errata. In *Schizophrenia: From molecule to public policy.*, Oct, 1998, Santa Fe, NM, US. Elsevier Science.



- McGrath, J., Saha, S., Chant, D., & Welham, J. (2008). Schizophrenia: a concise overview of incidence, prevalence, and mortality. *Epidemiologic reviews*, 30(1), 67-76.
- McMahon, S. D., Felix, E. D., Halpert, J. A., & Petropoulos, L. A. (2009). Community violence exposure and aggression among urban adolescents: Testing a cognitive mediator model. *Journal of Community Psychology*, 37(7), 895-910.
- Melle, I., Larsen, T. K., Haahr, U., Friis, S., Johannessen, J. O., Opjordsmoen, S., ... & McGlashan, T. (2004). Reducing the duration of untreated first-episode psychosis: effects on clinical presentation. *Archives of general psychiatry*, 61(2), 143-150.
- Mercado, C. C., & Ogloff, J. R. (2007). Risk and the preventive detention of sex offenders in Australia and the United States. *International Journal of Law and Psychiatry*, 30(1), 49-59.
- Milner, J. S. (1995). La aplicación de la teoría del procesamiento de información social al problema del maltrato físico a niños. *Infancia y Aprendizaje*, 18(71), 125-134.
- Milton, J., Amin, S., Singh, S. P., Harrison, G., Jones, P., Croudace, T., ... & Brewin, J. (2001). Aggressive incidents in first-episode psychosis. *The British Journal of Psychiatry*, 178(5), 433-440.
- MINISTERIO DE INTERIOR. GOBIERNO DE ESPAÑA. (2017). Estadísticas de criminalidad 2016. 2017, de Ministerio de Interior Sitio web: [http://www.interior.gob.es/documents/10180/6865255/Presentaci%C3%B3n+ministro\\_Balance+de+Criminalidad+2016.pdf/159630cf-998f-42cf-a69b-74f097ffd3fc](http://www.interior.gob.es/documents/10180/6865255/Presentaci%C3%B3n+ministro_Balance+de+Criminalidad+2016.pdf/159630cf-998f-42cf-a69b-74f097ffd3fc)
- Mitchell, S., & Black, M. J. (2004). *Más allá de Freud: Una historia del pensamiento psicoanalítico moderno*.
- Moda, I., Sirota, P., Cygielman, G., & Wijzenbeek, H. (1980). Conversive hallucinations. *The Journal of nervous and mental disease*, 168(9), 564-565.
- Modestin, J., & Ammann, R. (1996). Mental disorder and criminality: male schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 22(1), 69-82.
- Monahan, J., & Steadman, H. J. (1983). Crime and mental disorder: An epidemiological approach. *Crime and justice*, 145-189.
- Moran, P., Walsh, E., Tyrer, P., Burns, T. O. M., Creed, F., & Fahy, T. O. M. (2003). Impact of comorbid personality disorder on violence in psychosis. *The British Journal of Psychiatry*, 182(2), 129-134.

- Moran, P., Walsh, E., Tyrer, P., Burns, T. O. M., Creed, F., & Fahy, T. O. M. (2003). Impact of comorbid personality disorder on violence in psychosis. *The British Journal of Psychiatry*, *182*(2), 129-134.
- Morera, B., Hueso, V., & Martinez, L. (2001). Conductas violentas y enfermedad mental: predicción y abordaje en pacientes hospitalizados. *Archivos de Psiquiatría*, *64*(2), 137-154.
- Morgan, C., & Fisher, H. (2007). Environment and schizophrenia: environmental factors in schizophrenia: childhood trauma—a critical review. *Schizophrenia bulletin*, *33*(1), 3-10.
- Morgan, C., & Fisher, H. (2007). Environment and schizophrenia: environmental factors in schizophrenia: childhood trauma—a critical review. *Schizophrenia bulletin*, *33*(1), 3-10.
- Morgan, V. A., Castle, D. J., & Jablensky, A. V. (2008). Do women express and experience psychosis differently from men? Epidemiological evidence from the Australian National Study of Low Prevalence (Psychotic) Disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *42*(1), 74-82.
- Mrug, S., Loosier, P. S., & Windle, M. (2008). Violence exposure across multiple contexts: individual and joint effects on adjustment. *American Journal of Orthopsychiatry*, *78*(1), 70.
- Mullen, P. E. (2006). Schizophrenia and violence: from correlations to preventive strategies. *Advances in Psychiatric Treatment*, *12*(4), 239-248.
- Mullen, P. E., Burgess, P., Wallace, C., Palmer, S., & Ruschena, D. (2000). Community care and criminal offending in schizophrenia. *The Lancet*, *355*(9204), 614-617.
- Mullen, P. E., Burgess, P., Wallace, C., Palmer, S., & Ruschena, D. (2000). Community care and criminal offending in schizophrenia. *The Lancet*, *355*(9204), 614-617.
- Munkner, R., Hastrup, S., Joergensen, T., & Kramp, P. (2003). The temporal relationship between schizophrenia and crime. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, *38*(7), 347-353.
- Munkner, R., Hastrup, S., Joergensen, T., & Kramp, P. (2009). The association between psychopathology of first-episode psychosis patients within the schizophrenia spectrum and previous offending. *Nordic journal of psychiatry*, *63*(2), 124-131.
- Murray, J., & Thomson, M. E. (2010). Clinical judgement in violence risk assessment. *Europe's Journal of Psychology*, *6*(1), 128-149.
- Musher-Eizenman, D. R., Boxer, P., Danner, S., Dubow, E. F., Goldstein, S. E., & Heretick, D. M. (2004). Social-cognitive mediators of the relation of

environmental and emotion regulation factors to children's aggression. *Aggressive Behavior*, 30(5), 389-408.

National Alliance on Mental Illness (2007) The Virginia Tech tragedy: distinguishing mental illness from violence. Available: <http://www.nami.org/>

National Collaborating Centre for Mental Health (Great Britain), & National Institute for Clinical Excellence (Great Britain). (2002). *Schizophrenia: core interventions in the treatment and management of schizophrenia in primary and secondary care* (Vol. 1). National Institute for Clinical Excellence.

Nelson, H. E., & Willison, J. W. (1982). National Adult Reading Test (NART). Windsor, Canada: Nelson Publishing Company.

Ni, X., Sicard, T., Bulgin, N., Bismil, R., Chan, K., McMain, S., & Kennedy, J. L. (2007). Monoamine oxidase a gene is associated with borderline personality disorder. *Psychiatric genetics*, 17(3), 153-157.

Nielssen O, Large M. Rates of homicide during the first episode of psychosis and after treatment: a systematic review and meta-analysis. *Schizophr Bull* 2010; 36:702 – 712

Nielssen, O. B., & Large, M. M. (2009). Untreated psychotic illness in the survivors of violent suicide attempts. *Early intervention in psychiatry*, 3(2), 116-122.

Nielssen, O. B., & Large, M. M. (2011). Potentially lethal suicide attempts using sharp objects during psychotic illness. *Crisis*.

Nielssen, O. B., Large, M. M., Westmore, B. D., & Lackersteen, S. M. (2009). Child homicide in New South Wales from 1991 to 2005. *Medical Journal of Australia*, 190(1), 7-11.

Nielssen, O. B., Malhi, G. S., McGorry, P. D., & Large, M. M. (2012). Overview of violence to self and others during the first episode of psychosis. *The Journal of clinical psychiatry*, 73(5), 1-478.

Nielssen, O. B., Westmore, B. D., Large, M. M., & Hayes, R. A. (2007). Homicide during psychotic illness in New South Wales between 1993 and 2002. *Medical journal of Australia*, 186(6), 301.

Nielssen, O. B., Yee, N. L., Millard, M. M., & Large, M. M. (2011). Comparison of first-episode and previously treated persons with psychosis found NGMI for a violent offense. *Psychiatric services*.

Nielssen, O., & Large, M. (2010). Rates of homicide during the first episode of psychosis and after treatment: a systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia bulletin*, 36(4), 702-712.

- Nielssen, O., & Large, M. (2010). Rates of homicide during the first episode of psychosis and after treatment: a systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia bulletin*, 36(4), 702-712.
- Nielssen, O., Bourget, D., Laajasalo, T., Liem, M., Labelle, A., Häkkänen-Nyholm, H., ... & Large, M. M. (2009). Homicide of strangers by people with a psychotic illness. *Schizophrenia bulletin*, sbp112.
- Nielssen, O., Glozier, N., Babidge, N., Reutens, S., Andrews, D., Gerard, A., ... & Large, M. M. (2010). Suicide attempts by jumping and psychotic illness. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44(6), 568-573.
- Nolen-Hoeksema, S. (2012). Emotion regulation and psychopathology: The role of gender. *Annual review of clinical psychology*, 8, 161-187.
- Nordentoft, M., Jeppesen, P., Petersen, L., Bertelsen, M., & Thorup, A. (2009). The rationale for early intervention in schizophrenia and related disorders. *Early intervention in psychiatry*, 3(s1), S3-S7.
- Norman, R. M. G., Malla, A. K., Manchanda, R., & Townsend, L. (2005). Premorbid adjustment in first episode schizophrenia and schizoaffective disorders: a comparison of social and academic domains. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112(1), 30-39.
- Nosé, M., Barbui, C., Gray, R., & Tansella, M. (2004). Intervenciones clínicas para la falta de adherencia al tratamiento en la psicosis: metaanálisis. *Psiquiatría Biológica*, 11(5), 167-178.
- O'Brien, K. (1998). Carers at risk—some forensic implications of the devolution of mental health services. *Psychiatry, Psychology and Law*, 5(2), 167-176.
- Ochoa, S., Usall, J., Cobo, J., Labad, X., & Kulkarni, J. (2012). Gender differences in schizophrenia and first-episode psychosis: a comprehensive literature review. *Schizophrenia research and treatment*, 2012.
- Ochoa, S., Usall, J., Villalta-Gil, V., Vilaplana, M., Márquez, M., Valdelomar, M., & Haro, J. M. (2006). Influence of age at onset on social functioning in outpatients with schizophrenia. *The European journal of psychiatry*, 20(3), 157-163.
- OMS: Organización Mundial de la Salud (2002). Informe mundial sobre la violencia y la salud. *Washington, DC: OMS. Recuperado de*
- ONU (2006) Estudio a fondo sobre todas las formas de violencia contra la mujer Informe del Secretario General A/61/122/Add.1.
- ONU (2006) Estudio a fondo sobre todas las formas de violencia contra la mujer Informe del Secretario General A/61/122/Add.1.

- ONU (2010) Manual de legislación sobre la violencia contra la mujer. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales División para el Adelanto de la Mujer.
- ORDEN del 27 de Julio de 1983, de constitución de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. BOE 196. 17 de agosto de 1983: p 22596-22596
- Ortega Aladrén, O., & Campos Ródenas, R. (2011). ¿ Existe todavía la puerta giratoria en Psiquiatría?: Estudio de reingresos en una Unidad de Corta Estancia. *Trabajo Fin de Máster*. *Máster en Iniciación a la Investigación en Medicina*. Recuperado de <https://zaguan.unizar.es/record/8593/files/TAZTFM-2012-610.pdf>.
- Orue, I., & Calvete, E. (2012). La justificación de la violencia como mediador de la relación entre la exposición a la violencia y la conducta agresiva en infancia. *Psicothema*, 24(1), 42-47.
- Oyffe, I., Kurs, R., Gelkopf, M., Melamed, Y., & Bleich, A. (2009). Revolving-door patients in a public psychiatric hospital in Israel: Cross sectional study. *Croatian medical journal*, 50(6), 575-582.
- Pariante, C. M., Vassilopoulou, K., Velakoulis, D., Phillips, L., Soulsby, B., Wood, S. J., ... & Zervas, I. M. (2004). Pituitary volume in psychosis. *The British Journal of Psychiatry*, 185(1), 5-10.
- Parra, S. G., Molina, J. D., Huertas, D., Fontecilla, H. B., Mora-Mínguez, F., & Pascual-Pinazo, F. (2008). Violencia asociada con los trastornos esquizofrénicos. *Archivos de psiquiatría*, 71(2), 109-127.
- Pasewark, R. A., Pantle, M. L., & Steadman, H. J. (1979). Characteristics and disposition of persons found not guilty by reason of insanity in New York State, 1971-1976. *The American journal of psychiatry*, 136(5), 655-660.
- Pavlov, K. A., Chistiakov, D. A., & Chekhonin, V. P. (2012). Genetic determinants of aggression and impulsivity in humans. *Journal of applied genetics*, 53(1), 61-82.
- Peña Fernández, M. E. D. L. (2011). *Conducta antisocial en adolescentes: factores de riesgo y de protección* (Doctoral dissertation, Universidad Complutense de Madrid, Servicio de Publicaciones).
- Pozón, S. R. (2015). ¿ Hay motivos para defender el tratamiento ambulatorio involuntario?. *Psiquiatría Biológica*, 22(2), 39-43.
- Pozón, S. R. (2015). ¿ Hay motivos para defender el tratamiento ambulatorio involuntario?. *Psiquiatría Biológica*, 22(2), 39-43.
- Preston, N. J., Orr, K. G., Date, R., Nolan, L., & Castle, D. J. (2002). Gender differences in premorbid adjustment of patients with first episode psychosis. *Schizophrenia research*, 55(3), 285-290.

- Preti, A., Meneghelli, A., Pisano, A., & Cocchi, A. (2009). Risk of suicide and suicidal ideation in psychosis: results from an Italian multi-modal pilot program on early intervention in psychosis. *Schizophrenia research*, 113(2), 145-150.
- Priebe, S., Habil, M., Frottier, P., Gaddini, A., Kilian, R., Lauber, C., ... & Wright, D. (2008). Mental health care institutions in nine European countries, 2002 to 2006. *Psychiatric Services*.
- Pueyo, A. (2008). El riesgo de violencia, la delincuencia violenta y su gestión penitenciaria. *V Jornadas de Almagro*, 32.
- Purcell, R., Harrigan, S., Glozier, N., Amminger, G. P., & Yung, A. R. (2015). Self reported rates of criminal offending and victimization in young people at-risk for psychosis. *Schizophrenia research*, 166(1), 55-59.
- Putkonen, H., Komulainen, E. J., Virkkunen, M., Eronen, M., & Lönnqvist, J. (2003). Risk of repeat offending among violent female offenders with psychotic and personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 160(5), 947-951.
- Putnam, F. W., Trickett, P. K., Helmers, K., Dorn, L., & Everett, B. (1991, May). Cortisol abnormalities in sexually abused girls. In *144th Annual Meeting Program* (p. 107). American Psychiatric Press, Washington, DC.
- Quinsey, V. L., Harris, G. T., Rice, M. E., & Cormier, C. A. (1998). Violent offenders: Appraising and managing risk. American Psychological Association.
- RachBeisel, J., Scott, J., & Dixon, L. (1999). Co-occurring severe mental illness and substance use disorders: a review of recent research. *Psychiatric services*.
- Raine, A. (2013). *The anatomy of violence: The biological roots of crime*. Vintage.
- Raine, A., & Sanmartín, J. (2000). *Violencia y psicopatía* (Vol. 4). Grupo Planeta (GBS).
- Raine, A., Lencz, T., Taylor, K., Hellige, J. B., Bihrlé, S., Lacasse, L., ... & Colletti, P. (2003). Corpus callosum abnormalities in psychopathic antisocial individuals. *Archives of General Psychiatry*, 60(11), 1134-1142.
- Ramirez, J. M. (2009). Some dichotomous classifications of aggression according to its function. *Journal of Organisational Transformation & Social Change*, 6(2), 85-101.
- Ramsay, C.E., Goulding, S.M., Broussard, B., Cristofaro, S.L., Abedi, G.R., Compton, M.T.J.A.A.P.L. Prevalence and psychosocial correlates of prior incarceration in an urban, predominantly African-American sample of hospitalized patients with first-episode psychosis. *J. Am. Acad. Psychiatr. Law*. 2011;39:57-64.

- Read, J., Os, J. V., Morrison, A. P., & Ross, C. A. (2005). Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112(5), 330-350.
- Read, J., Os, J. V., Morrison, A. P., & Ross, C. A. (2005). Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112(5), 330-350.
- REBOLLO-MESA, I., & POLDERMAN, T. Y MOYA-ALBIOL, L.(2010). Genética de la violencia humana. *Revista de Neurología*, 50(9), 533-540.
- Reiss 1994, National Research Council. (1994). *Understanding and preventing violence, volume 3: social influences* (Vol. 3). National Academies Press.
- Rhee SH, Waldman ID (2002) Genetic and environmental influences on antisocial behavior: a meta-analysis of twin and adoption studies. *Psychol Bull*; 128: 490-529.
- Richard, H., Lamb, M. D., Weinberger, L. E., & Gross, B. H. (1988). Court-mandated community outpatient treatment for persons found not guilty by reason of insanity: a five-year follow-up. *Am J Psychiatry*, 145(4), 450-456.
- Riecher-Rössler, A., & Häfner, H. (2000). Gender aspects in schizophrenia: bridging the border between social and biological psychiatry. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102(s407), 58-62.
- Robbins, P. C., Monahan, J., & Silver, E. (2003). Mental disorder, violence, and gender. *Law and human behavior*, 27(6), 561.
- Roder, V., Mueller, D. R., Mueser, K. T., & Brenner, H. D. (2006). Integrated psychological therapy (IPT) for schizophrenia: is it effective?. *Schizophrenia bulletin*, 32(suppl 1), S81-S93.
- Rosenheck, R. A., Banks, S., Pandiani, J., & Hoff, R. (2000). Bed closures and incarceration rates among users of Veterans Affairs mental health services. *Psychiatric Services*.
- Rutter, M., & Smith, D. J. (1997). Psychosocial disorders in young people: time trends and their causes.
- Rutter, M., Giller, H., & Hagell, A. (1998). *Antisocial behavior by young people: A major new review*. Cambridge University Press.
- Rutter, M., Giller, H., & Sánchez, J. P. (1988). *Delincuencia juvenil*. Ediciones Martínez Roca.
- Saavedra-Castillo, A. (2004). Violencia y salud mental. *Acta Med Peru*, 21(1), 39-50.

- Saha, S., Chant, D., & McGrath, J. (2008). Meta-analyses of the incidence and prevalence of schizophrenia: conceptual and methodological issues. *International journal of methods in psychiatric research*, 17(1), 55-61.
- SanMartin J: (2005) El terrorista y sus clases. 2ª edición Ed Ariel.
- Sanmartín, J. (2006). ¿ Qué es esa cosa llamada violencia. *Diario de campo*, 40, 11-30.
- Sartorius, N. (1998). Stigma: what can psychiatrists do about it?. *The Lancet*, 352(9133), 1058-1059.
- Sartorius, N. (1998). Stigma: what can psychiatrists do about it?. *The Lancet*, 352(9133), 1058.
- Scheller-Gilkey, G., Moynes, K., Cooper, I., Kant, C., & Miller, A. H. (2004). Early life stress and PTSD symptoms in patients with comorbid schizophrenia and substance abuse. *Schizophrenia research*, 69(2), 167-174.
- Schmidt, V., Firpo, L., Vion, D., Oliván, M. D. C., Casella, L., Cuenya, L., ... & Pedrón, V. (2010). Modelo Psicobiológico de Personalidad de Eysenck: una historia proyectada hacia el futuro. *Revista internacional de psicología*, 11(02).
- Schulze, B., & Angermeyer, M. C. (2003). Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. *Social science & medicine*, 56(2), 299-312.
- Segarra, R., Arranz, B., Arrillaga, A., Betancor, D., Napal, O., & Guitiérrez, M. (2014). Abordaje integral de las fases iniciales de las psicosis. *Una visión crítica, Editorial Médica Panam*
- Shaw, C. R., & McKay, H. D. (1942). Juvenile delinquency and urban areas.
- Shevlin, M., Houston, J. E., Dorahy, M. J., & Adamson, G. (2008). Cumulative traumas and psychosis: an analysis of the national comorbidity survey and the British Psychiatric Morbidity Survey. *Schizophrenia bulletin*, 34(1), 193-199.
- Shimamura, A. P. (2000). The role of the prefrontal cortex in dynamic filtering. *Psychobiology*, 28(2), 207-218.
- Shtasel, D. L., Gur, R. E., Gallacher, F., Heimberg, C., & Gur, R. C. (1992). Gender differences in the clinical expression of schizophrenia. *Schizophrenia research*, 7(3), 225-231.
- Silverstein, S. M., Del Pozzo, J., Roché, M., Boyle, D., & Miskimen, T. (2015). Schizophrenia and violence: realities and recommendations. *Crime psychology review*, 1(1), 21-42.
- Singh, J. P., Serper, M., Reinharth, J., & Fazel, S. (2011). Structured assessment of violence risk in schizophrenia and other psychiatric disorders: a systematic



- review of the validity, reliability, and item content of 10 available instruments. *Schizophrenia bulletin*, 37(5), 899-912.
- Skeem, J. L., Schubert, C., Odgers, C., Mulvey, E. P., Gardner, W., & Lidz, C. (2006). Psychiatric symptoms and community violence among high-risk patients: A test of the relationship at the weekly level. *Journal of consulting and clinical psychology*, 74(5), 967.
- Skeem, J., Kennealy, P., Monahan, J., Peterson, J., & Appelbaum, P. (2016). Psychosis uncommonly and inconsistently precedes violence among high-risk individuals. *Clinical Psychological Science*, 4(1), 40-49.
- Soyka, M. (2011). Neurobiology of aggression and violence in schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 37(5), 913-920.
- Spauwen, J., Krabbendam, L., Lieb, R., Wittchen, H. U., & Van Os, J. (2006). Impact of psychological trauma on the development of psychotic symptoms: relationship with psychosis proneness. *The British Journal of Psychiatry*, 188(6), 527-533.
- Spauwen, J., Krabbendam, L., Lieb, R., Wittchen, H. U., & Van Os, J. (2006). Impact of psychological trauma on the development of psychotic symptoms: relationship with psychosis proneness. *The British Journal of Psychiatry*, 188(6), 527-533.
- Spidel, A., Lecomte, T., Greaves, C., Sahlstrom, K., & Yuille, J. C. (2010). Early psychosis and aggression: Predictors and prevalence of violent behaviour amongst individuals with early onset psychosis. *International journal of law and psychiatry*, 33(3), 171-176.
- Spitzer, M. (1995). A neurocomputational approach to delusions. *Comprehensive psychiatry*, 36(2), 83-105.
- Steadman, H. J., Mulvey, E. P., Monahan, J., Robbins, P. C., Appelbaum, P. S., Grisso, T., ... & Silver, E. (1998). Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighborhoods. *Archives of general psychiatry*, 55(5), 393-401.
- Steinert, T. (1998). Schizophrenia and violence: epidemiological, forensic and clinical aspects. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 66(9), 391-401.
- Stevens, H., Agerbo, E., Dean, K., Nordentoft, M., Nielsen, P. R., & Mortensen, P. B. (2012). Offending prior to first psychiatric contact: a population-based register study. *Psychological medicine*, 42(12), 2673-2684.
- Stroman, D. F. (2003). *The disability rights movement: From deinstitutionalization to self-determination*. Univ Pr of Amer.
- Stuart, G. L., McGeary, J. E., Shorey, R. C., Knopik, V. S., Beaucage, K., & Temple, J. R. (2014). Genetic associations with intimate partner violence in a sample of

- hazardous drinking men in batterer intervention programs. *Violence against women*, 20(4), 385-400.
- Stuart, G. L., Moore, T. M., Kahler, C. W., & Ramsey, S. E. (2003). Substance abuse and relationship violence among men court-referred to batterers' intervention programs. *Substance Abuse*, 24(2), 107-122.
- Stuart, H. (2003). Violence and mental illness: an overview. *World Psychiatry*, 2(2), 121-124.
- Stuart, H. (2003). Violence and mental illness: an overview. *World Psychiatry*, 2(2), 121-124.
- Sturup, J., Monahan, J., & Kristiansson, M. (2013). Violent behavior and gender of Swedish psychiatric patients: a prospective clinical study. *Psychiatric services*, 64(7), 688-693.
- Sutherland, E. H., & Cressey, D. R. (1984). Differential association theory. *Deviant behavior*, 125-131.
- Swanson, J. W., Borum, R., Swartz, M. S., & Monahan, J. (1996). Psychotic symptoms and disorders and the risk of violent behaviour in the community. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 6(4), 309-329.
- Swanson, J. W., Holzer III, C. E., Ganju, V. K., & Jono, R. T. (1990). Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from the Epidemiologic Catchment Area surveys. *Psychiatric Services*, 41(7), 761-770.
- Swanson, J. W., Swartz, M. S., Essock, S. M., Osher, F. C., Wagner, H. R., Goodman, L. A., ... & Meador, K. G. (2002). The social-environmental context of violent behavior in persons treated for severe mental illness. *American Journal of Public Health*, 92(9), 1523-1531.
- Swanson, J. W., Swartz, M. S., Van Dorn, R. A., Elbogen, E. B., Wagner, H. R., Rosenheck, R. A., ... & Lieberman, J. A. (2006). A national study of violent behavior in persons with schizophrenia. *Archives of general psychiatry*, 63(5), 490-499.
- Swanson, J. W., Swartz, M. S., WAGNER, H. R., BURNS, B. J., BORUM, R., & HIDAY, V. A. (2000). Involuntary out-patient commitment and reduction of violent behaviour in persons with severe mental illness. *The British Journal of Psychiatry*, 176(4), 324-331.
- Swanson, J. W., Van Dorn, R. A., Monahan, J., & Swartz, M. S. (2006). Violence and leveraged community treatment for persons with mental disorders. *American Journal of Psychiatry*.
- Swartz, J. A., & Lurigio, A. J. (1999). Psychiatric illness and comorbidity among adult male jail detainees in drug treatment. *Psychiatric Services*.

- Szymanski, S., Lieberman, J. A., Alvir, J. M., Mayerhoff, D., Loebel, A., Geisler, S., ... & Woerner, M. (1995). Gender differences in onset of illness, treatment response, course, and biologic indexes in first-episode schizophrenic patients. *American Journal of Psychiatry*, *152*(5), 698-703.
- Tardiff, K., Marzuk, P. M., Leon, A. C., Portera, L., & Weiner, C. (1997). Violence by patients admitted to a private psychiatric hospital. *American Journal of Psychiatry*, *154*(1), 88-93.
- Taylor, P. J. (1985). Motives for offending among violent and psychotic men. *The British Journal of Psychiatry*, *147*(5), 491-498.
- Taylor, P. J., & Bragado-Jimenez, M. D. (2009). Women, psychosis and violence. *International journal of law and psychiatry*, *32*(1), 56-64.
- Taylor, P. J., & Gunn, J. (1984). Violence and psychosis. I. Risk of violence among psychotic men. *BMJ*, *288*(6435), 1945-1949.
- Taylor, P. J., & Gunn, J. (1984). Violence and psychosis. I. Risk of violence among psychotic men. *Br Med J (Clin Res Ed)*, *288*(6435), 1945-1949.
- Taylor, P. J., Garety, P., Buchanan, A., Reed, A., Wessely, S., Ray, K., ... & Grubin, D. (1994). Delusions and violence.
- Tengström, A., Hodgins, S., & Kullgren, G. (2001). Men with schizophrenia who behave violently: the usefulness of an early-versus late-start offender typology. *Schizophrenia Bulletin*, *27*(2), 205-218.
- Thorup, A., Waltoft, B. L., Pedersen, C. B., Mortensen, P. B., & Nordentoft, M. (2007). Young males have a higher risk of developing schizophrenia: a Danish register study. *Psychological medicine*, *37*(04), 479-484.
- Tidey, J. W., & Miczek, K. A. (1996). Social defeat stress selectively alters mesocorticolimbic dopamine release: an in vivo microdialysis study. *Brain research*, *721*(1), 140-149.
- Tidey, J. W., & Miczek, K. A. (1996). Social defeat stress selectively alters mesocorticolimbic dopamine release: an in vivo microdialysis study. *Brain research*, *721*(1), 140-149.
- Tienari, P., Wynne, L. C., Sorri, A., Lahti, I., Läksy, K., Moring, J., ... & Wahlberg, K. E. (2004). Genotype-environment interaction in schizophrenia-spectrum disorder. *The British Journal of Psychiatry*, *184*(3), 216-222.
- Tiihonen, J., Isohanni, M., Rasanen, P., Koironen, M., & Moring, J. (1997). Specific major mental disorders and criminality: a 26-year prospective study of the 1966 northern Finland birth cohort. *American Journal of Psychiatry*, *154*(6), 840-845.

- Tiihonen, J., Rautiainen, M. R., Ollila, H. M., Repo-Tiihonen, E., Virkkunen, M., Palotie, A., ... & Saarela, J. (2015). Genetic background of extreme violent behavior. *Molecular psychiatry*, 20(6), 786-792.
- Topiwala, A., & Fazel, S. (2011). The pharmacological management of violence in schizophrenia: a structured review. *Expert review of neurotherapeutics*, 11(1), 53-63.
- Topiwala, A., & Fazel, S. (2011). The pharmacological management of violence in schizophrenia: a structured review. *Expert review of neurotherapeutics*, 11(1), 53-63.
- Treffert, D. A. (1979). Dying with your (or somebody else's) rights on. *Wisconsin medical journal*, 78(11), 3-4.
- Turetsky, B. I., & Gur, R. E. (1996). Sex differences in neuroanatomical and clinical correlations in schizophrenia. *Am J Psychiatry*, 1(53), 799.
- Üçok, A., & Bıkmaz, S. (2007). The effects of childhood trauma in patients with first-episode schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116(5), 371-377.
- Ullrich, S., Keers, R., & Coid, J. W. (2013). Delusions, anger, and serious violence: new findings from the MacArthur Violence Risk Assessment Study. *Schizophrenia bulletin*, sbt126.
- Union Europea. (2016). EU joint action on mental health and wellbeing. 2016, de mentalhealthandwellbeing Sitio web: <http://www.mentalhealthandwellbeing.eu/>
- Usall, J. (2003). Diferencias de género en la esquizofrenia. *Rev Psiquiatría Fac Med Barna*, 30(5), 276-87.
- Usall, J., Busquets, E., Araya, S., Ochoa, S., & Gost, A. (2000). Diferencias de género en la esquizofrenia. Una revisión de la literatura. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 28(3), 178-185.
- Usall, J., Haro, J. M., Ochoa, S., Marquez, M., & Araya, S. (2002). Influence of gender on social outcome in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106(5), 337-342.
- Usall, J., Suarez, D., Haro, J. M., & SOHO Study Group. (2007). Gender differences in response to antipsychotic treatment in outpatients with schizophrenia. *Psychiatry research*, 153(3), 225-231.
- Van Dongen, J. D., Buck, N. M., & van Marle, H. J. (2014). First offenders with psychosis: Justification of a third type within the early/late start offender typology. *Crime & Delinquency*, 60(1), 126-142.

- Van Dorn, R., Volavka, J., & Johnson, N. (2012). Mental disorder and violence: is there a relationship beyond substance use?. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 47(3), 487-503.
- Verma, S., Poon, L. Y., Subramaniam, M., & Chong, S. A. (2005). Aggression in Asian patients with first-episode psychosis. *International journal of social psychiatry*, 51(4), 365-371.
- Volavka, J. (2002). *Neurobiology of Violence*. Washington, DC, USA: American Psychiatric Laajasalo T, Salenius S, Lindberg N, Repo-Tiihonen E, Häkkänen-Nyholm H (2011) Psychopathic traits in Finnish homicide offenders with schizophrenia. *International Journal of Law and Psychiatry*, 34(5), 324-330.
- Volavka, J., & Citrome, L. (2011). Pathways to aggression in schizophrenia affect results of treatment. *Schizophrenia bulletin*, 37(5), 921-929.
- Volavka, J., Laska, E., Baker, S., Meisner, M., Czobor, P., & Krivelevich, I. (1997).
- Walker, E. F., & Diforio, D. (1997). Schizophrenia: a neural diathesis-stress model. *Psychological review*, 104(4), 667.
- Wallace, C., Mullen, P. E., & Burgess, P. (2004). Criminal offending in schizophrenia over a 25-year period marked by deinstitutionalization and increasing prevalence of comorbid substance use disorders. *American Journal of Psychiatry*, 161(4), 716-727.
- Wallace, C., Mullen, P., Burgess, P., Palmer, S., Ruschena, D., & Browne, C. (1998). Serious criminal offending and mental disorder. Case linkage study. *The British Journal of Psychiatry*, 172(6), 477-484.
- Walsh, E., Buchanan, A., & Fahy, T. (2002). Violence and schizophrenia: examining the evidence. *The British Journal of Psychiatry*, 180(6), 490-495.
- Walsh, E., Buchanan, A., & Fahy, T. (2002). Violence and schizophrenia: examining the evidence. *The British Journal of Psychiatry*, 180(6), 490-495.
- Wechsler, D. (2008). *WAIS-IV technical and interpretation manual*.
- Weinberger, D. R. (1987). Implications of normal brain development for the pathogenesis of schizophrenia. *Archives of general psychiatry*, 44(7), 660-669.
- Wessely, S. (1997). The epidemiology of crime, violence and schizophrenia. *British journal of psychiatry-supplement*, (32), 8-11.
- Wessely, S. C., Castle, D., Douglas, A. J., & Taylor, P. J. (1994). The criminal careers of incident cases of schizophrenia. *Psychological medicine*, 24(02), 483-502.

- Wiles, N. J., Zammit, S., Bebbington, P., Singleton, N., Meltzer, H., & Lewis, G. (2006). Self-reported psychotic symptoms in the general population. *The British Journal of Psychiatry*, 188(6), 519-526.
- Winsper, C., Ganapathy, R., Marwaha, S., Large, M., Birchwood, M., & Singh, S. P. (2013). A systematic review and meta-regression analysis of aggression during the First Episode of Psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 128(6), 413-421.
- Winsper, C., Singh, S. P., Marwaha, S., Amos, T., Lester, H., Everard, L., ... & Sharma, V. (2013). Pathways to violent behavior during first-episode psychosis: a report from the UK National EDEN Study. *JAMA psychiatry*, 70(12), 1287-1293.
- Wisdom, J. P., Manuel, J. I., & Drake, R. E. (2011). Substance use disorder among people with first-episode psychosis: a systematic review of course and treatment. *Psychiatric Services*, 62(9), 1007-1012.
- Witt, K., Lichtenstein, P., & Fazel, S. (2015). Improving risk assessment in schizophrenia: epidemiological investigation of criminal history factors. *The British Journal of Psychiatry*, bjp-bp.
- Witt, K., Van Dorn, R., & Fazel, S. (2013). Risk factors for violence in psychosis: systematic review and meta-regression analysis of 110 studies. *PloS one*, 8(2), e55942.
- Yang, Y., & Raine, A. (2009). Prefrontal structural and functional brain imaging
- Yang, Y., Raine, A., Colletti, P., Toga, A. W., & Narr, K. L. (2010). Morphological alterations in the prefrontal cortex and the amygdala in unsuccessful psychopaths. *Journal of abnormal psychology*, 119(3), 546.
- Yee, N. Y., Large, M. M., Kemp, R. I., & Nielssen, O. B. (2011). Severe non-lethal violence during psychotic illness. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 45(6), 466-472.
- Zelevnik, P. S. A. A. F. (2001). *Rethinking Risk Assessment: The MacArthur Study of Mental Disorder and Violence: The MacArthur Study of Mental Disorder and Violence*. Oxford University Press, USA.
- Zygmunt, A., Olfson, M., Boyer, C. A., & Mechanic, D. (2002). Interventions to improve medication adherence in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 159(10), 1653-1664.