

## Homicidio y enfermedad mental

Trabajos originales

Estudio descriptivo de los homicidas derivados a Sala de Seguridad de Hombres en el período 1994-2002

### Resumen

*El presente trabajo abarcó el estudio de los pacientes procesados por homicidio (H) y homicidio en grado de tentativa (H(t)) que ingresaron al Servicio de Seguridad de Hombres del Hospital Vilardebó entre enero de 1994 y marzo de 2002, con un total de 99 pacientes (82 H y 17 H(t)). Se estudiaron, entre otras, las siguientes variables: diagnóstico de Eje I, diagnóstico de Eje II, edad, procedencia, imputabilidad, grado de vinculación con la víctima, sexo de la víctima. En los resultados se evidenció que los trastornos relacionados con sustancias fueron tres veces más frecuentes en los imputables respecto de los inimputables para ambos delitos, en tanto que los trastornos psicóticos predominaron en los inimputables, también para ambos delitos. Para los imputables las cifras de trastornos en Eje II fueron de 85% para H y 75% para H(t). El alcohol fue la sustancia única de abuso más frecuente para ambos delitos. Los familiares sanguíneos fueron las víctimas más frecuentes de los homicidas inimputables (40.6%). En términos generales nuestros hallazgos concuerdan con estudios internacionales realizados en poblaciones similares.*

### Palabras clave

Homicidio  
Inimputable  
Sala de Seguridad

### Abstract

*Several factors were correlated with criminal responsibility for a study group comprised by 99 male psychiatric inpatients who were admitted in the maximum security unit of Hospital Vilardebó between January 1994 and March 2002. Patients under study had been convicted of homicide (H: 82) or attempted homicide (H(t)17). The following variables were monitored: Axis I diagnosis, Axis II diagnosis, age, referring institution, criminal responsibility, degree of intimacy or emotional closeness to the victim, victim gender. For either type of offence, occurrence of substance-related disorder was found to be thrice as high for indicted offenders than for unindicted offenders among the group under study; whereas a higher occurrence of psychotic disorder was found for unindictable cases. Axis II disorder was found in 85% of H and 75% of H(t) among the group of indicted offenders. Alcohol use was the most widely occurring type of single substance abuse also for both types of offences. As many as 40.6% of non-indictable cases had blood relations of the offender with the victims. These findings are in agreement with those of worldwide research based on similar study groups.*

### Key words

Homicide  
Inimputative  
High Security Ward

### Autores

#### Pablo Fielitz

Médico Psiquiatra. Prof. Adj.  
Clínica Psiquiátrica. Facultad  
de Medicina Universidad de  
la República.

#### Freddy Cardozo

Médico Psiquiatra.

Correspondencia:  
pfielitz@mednet.org.uy

## Introducción

La asociación entre violencia y enfermedad mental ha sido tema de debate en el campo de la psiquiatría y la criminología durante décadas. Diferentes estudios han aportado resultados muy disímiles dependiendo de las características de la población estudiada. Mientras que en algunos estudios el diagnóstico de esquizofrenia era el único asociado significativamente con violencia<sup>1</sup>, “se encontró que el trastorno mental severo como la Esquizofrenia fue la causa más común de delitos violentos tales como homicidio”<sup>2</sup>, otros afirman lo contrario: “la violencia no estaba asociada positivamente con la esquizofrenia”<sup>3</sup>; “el diagnóstico psiquiátrico no estaba relacionado con la agresividad”<sup>4</sup>.

El Hospital Vilardebó es el mayor Hospital Psiquiátrico del Uruguay para pacientes agudos, con una capacidad de 330 camas, dependiente del Ministerio de Salud Pública. Desde diciembre de 1996 la Sala de Seguridad de Hombres de este Hospital (Sala 11) es la única Sala de Seguridad en el país a donde son enviados por orden judicial pacientes procesados por diversos delitos. Este Servicio asiste tanto a los sujetos inimputables como imputables, y el porcentaje de ingresos provenientes del medio carcelario es del 50%, aproximadamente. No existe en el sistema carcelario nacional un Hospital Correccional a donde derivar reclusos que padezcan patología psiquiátrica y requieran internación, razón por la cual son derivados a la Sala de Seguridad del Hospital Psiquiátrico.

## Objetivos

- Realizar un estudio descriptivo de las características de la población que ingresó al Servicio de Seguridad del Hospital Vilardebó con delitos de homicidio (H) y homicidio en grado de tentativa (H(t)), desde enero de 1994 hasta marzo de 2002.
- Comparar el grupo de pacientes imputables con los inimputables en función de diferentes variables analizadas en el presente estudio.

- Comparar los pacientes procesados por delitos de homicidio consumado y tentativa de homicidio en cuanto a variables tales como diagnóstico y relación con la víctima.
- Comparar los resultados con poblaciones similares en estudios internacionales.
- Realizar estudio descriptivo de las víctimas de los delitos mencionados (sexo, vinculación con el victimario) y compararlo con estudios similares internacionales.
- Contrastar los resultados obtenidos con la impresión clínica que los psiquiatras tenemos en lo referente a los delitos estudiados.

## Material y método

**Población estudiada:** pacientes de sexo masculino ingresados a Sala 11 procesados por el delito de homicidio u homicidio en grado de tentativa.

**Período:** 1º de enero de 1994 hasta 30 de marzo de 2002.

Se registraron las siguientes variables a través del estudio de las historias clínicas: nombre, número de historias clínicas, edad (se consideraron franjas etarias de 11 años cada una), procedencia (juzgados penales, cárceles, otros), delito, imputabilidad, diagnóstico(s) en Eje I, diagnóstico(s) en Eje II, fecha de ingreso, fecha de egreso. Asimismo, se consignó características de las víctimas: sexo y grado de vinculación respecto del victimario (familiar sanguíneo, familiar no sanguíneo, conocido, desconocido, sin datos).

Dado que existe una alta tasa de reingresos, para cada paciente se tomó el primer ingreso al Servicio a los efectos del registro. Los diagnósticos son aquellos que presentó el paciente en dicha instancia y no necesariamente al momento de cometer el crimen, pues algunos pacientes llevan meses o años de reclusión antes de ser derivados a Sala 11.

A los efectos de simplificar los resultados, se agruparon los diagnósticos de Eje I en cinco categorías: trastornos psicóticos (incluye esquizofrenia, trastorno delirante, episodio psicótico breve, otros trastornos psicóticos), trastornos del estado de ánimo –en adelante TEA– (incluye trastorno depresivo mayor,

trastornos bipolares, otros trastornos del estado de ánimo, trastornos relacionados con sustancias –en adelante TRS– (incluye abuso, dependencia, trastorno psicótico inducido por sustancias), otros y sin diagnóstico. Cuando existía comorbilidad de Eje I, se priorizó el diagnóstico principal.

A su vez, los diagnósticos de Eje II fueron agrupados en tres categorías: trastornos de la personalidad (TTPP), retraso mental (RM) y sin diagnóstico.

## Resultados

### Procedencia

El 50%, aproximadamente (53 y 53.7%), de los ingresos provino del medio carcelario tanto para H como para H(t).

### Edad

Aproximadamente el 70% de los pacientes ingresados corresponde al grupo etario comprendido entre los 15 y 36 años de edad (Tabla 1). Estos hallazgos coinciden con los de Barlow K et al.<sup>5</sup>, quienes expresaron: “Pacientes de alto riesgo fueron identificados como aquellos que estaban por debajo de los

32 años de edad, eran activamente psicóticos, retrasados y conocidos de tener historia de agresión y abuso de sustancias”. El ingreso de menores se suspendió a partir de la primera mitad de 1998, ya que el Instituto Nacional del Menor (INAME) pasó a derivar estos pacientes al área sanatorial privada.

Predominan los homicidios sobre las tentativas de homicidios en todas las franjas de edades, con una franca predominancia entre 25 y 35, en la cual la relación es de 7 a 1. Cabe destacar que el 38% de los homicidios realizados por TEA se sitúa en la franja de 48 a 58 años.

### Delitos

Los pacientes procesados por delitos violentos (rapia, homicidio, lesiones, violación y atentado violento al pudor, violencia doméstica) representaron un 58.3% de los ingresos al Servicio de Seguridad de hombres en el período estudiado. Los delitos de homicidio y homicidio en grado de tentativa representaron un 32.5% del total de pacientes violentos ingresados en ese período (lo que equivale al 19% de la población total). El número total de pacientes homicidas ingresados a Sala 11 en el período estudiado fue de 82, en tanto que el de homicidas en grado de tentativa fue de 17.

	HOMICIDAS			TENTATIVAS		
	Imputables	Inimputables	Totales	Imputables	Inimputables	Totales
<b>T. psicóticos</b>	25%	64.7%	41.5	8.3%	60%	23.5
<b>TRS</b>	35.4 %	11.8%	25.6	58.4%	20%	47.1
<b>TEA</b>	16.7%	8.8%	13.4	25%	20%	23.5
<b>Otros</b>	0	2.9%	2.5	0	0	0
<b>S. diagnóstico</b>	22.9%	11.8%	17	8.3%	0	5.9
<b>Sin diagn II</b>	14.6%	67.5%	36.6	25%	40%	29.5
<b>TAP</b>	20.8	0		8.3%		
<b>Otros Grupo B</b>	8.4%	5.9%		0		
<b>TPP</b>	16.7%	3%		41.7%	60%	
<b>Otros Grupo A</b>	2%	3%		0		
<b>Todos los TTPP</b>			32.9			52.9
<b>Retraso mental</b>	37.5%	20.6%	30.5	25%		17.6
	<b>N = 48</b>	<b>N = 34</b>	<b>N = 82</b>	<b>N = 12</b>	<b>N = 5</b>	<b>N = 17</b>

**Tabla 1**

Distribución porcentual de los pacientes ingresados agrupados según diagnóstico, delito e imputabilidad.

TAP: Trastorno de personalidad antisocial. | TPP: Trastorno de personalidad paranoide.

## Diagnósticos

Las características diagnósticas de los pacientes imputables, como es de esperar, difieren notoriamente de aquellas de los inimputables, tanto para el grupo de homicidas como para las tentativas de homicidio.

El porcentaje de pacientes con TRS es aproximadamente 3 veces mayor en los imputables comparado con los inimputables, tanto en los homicidios consumados como en las tentativas.

El alcoholismo tuvo una representación porcentual en el grupo de los homicidas (imputables e inimputables) de 12.5 y 11.8%, respectivamente. En cambio, para las tentativas de homicidio este diagnóstico aparece con mayor prevalencia: 60% en los inimputables (40% de las tentativas de homicidio inimputables tenían doble diagnóstico dependencia de alcohol y trastorno delirante) y 33.3% en los imputables.

El hecho de que los trastornos psicóticos representen un 64.7% de los diagnósticos de Eje I para los homicidas inimputables, no parece sorprender, siendo un hallazgo coincidente con el de un estudio en Nueva Guinea que estableció: “se encontró que el trastorno mental severo como la esquizofrenia fue la causa más común de delitos violentos tales como homicidio. El abuso de alcohol y cannabis fue un factor asociado en un 32% de los casos referidos”. Por otra parte, un estudio africano<sup>6</sup> expresa: “los trastornos psiquiátricos más comunes implicados en varios actos criminales fueron los estados psicóticos fundamentalmente esquizofrenia y estado psicótico inducido por drogas. Ade-

más, había un pequeño grupo de agresores diagnosticados de sufrir uso perjudicial de drogas sin psicosis asociada”.

Sin embargo, tener un 25% de trastornos psicóticos en los homicidas imputables sí parece un porcentaje muy elevado.

Los TEA representaron porcentajes mayores en las tentativas de homicidio, tanto en los imputables como en los inimputables. Cuando se analiza el conjunto de tentativas, los TEA llegan a representar igual porcentaje que los trastornos psicóticos.

## Comorbilidad

Los pacientes homicidas presentaron un 47.6% de comorbilidad entre patología de Eje I y II y un 7.3% de comorbilidad en el Eje I, coincidiendo con aquello que afirmaran Woodward et al.<sup>7</sup> al plantear en su artículo: “Hay una asociación de homicidio con patología mental, más particularmente con ciertas manifestaciones de esquizofrenia, trastorno de personalidad antisocial y abuso de drogas o alcohol”. A diferencia del trabajo de Putkonen et al.<sup>8</sup>, quienes encontraron alta prevalencia de TRS en los homicidas psicóticos, en el presente estudio estas cifras fueron bastante menores.

Los pacientes con H(t) registran comorbilidad de patología de ambos ejes en un 64.7% y en Eje I en un 11.8%.

En aquellos pacientes que presentan TRS, la asociación TRS-Eje II es mayor para los homicidas que para las tentativas.

## Características de las víctimas

En cuanto al sexo debemos destacar que considerando la población total de estudio (y excluidos aquellos registros donde no se pudo consignar datos de la víctima) se observa que mientras en los homicidios predominan las víctimas de sexo masculino (65.2%), en los homicidios en grado de tentativa predominan las víctimas de sexo femenino (68.7%). (Tabla 3)

Los familiares son las víctimas más frecuentes tanto en los imputables como en

**Tabla 2. Comorbilidad en TRS**

Comorbilidad	Homicidio	Homicidio (t)
TRS + Pat. Eje II	90.3	62.5
Pat. Eje I con TRS asociado	7.3	11.8

Tabla 3. Víctimas y victimarios, distribuidos según delito e imputabilidad

Víctima	HOMICIDAS		TENTATIVAS	
	Imputables	Inimputables	Imputables	Inimputables
Conocidos	33%	28.1%	8.5%	20%
Desconocidos	28%	15.6%	25%	20%
Familiares S	19.5%	40.6%	16.5%	0
Familiares NS	19.5%	15.6%	50%	60%
Sin datos	12	2	0	0
	N= 48	N= 34	N= 12	N= 5

Familiares S: familiares sanguíneos. Familiares NS: familiares no sanguíneos.

los inimputables para ambos delitos. No obstante, aparecen claras diferencias entre estos grupos.

Los familiares sanguíneos representan el 40.6% de las víctimas de homicidio para los inimputables, constituyendo el doble respecto del mismo grupo para los imputables.

## Imputabilidad

Se aprecia una clara consonancia entre el porcentaje de imputabilidad y el porcentaje de prevalencia de pacientes con trastornos psicóticos o TRS. Así, en los H donde predominan los pacientes psicóticos hay un 40% de inimputables, en tanto que en los H(t) donde predominan TRS hay un menor porcentaje de inimputables (30%). (Tabla 4)

Tabla 4. Distribución de imputabilidad según delito

Imputabilidad	Homicidio	Homicidio (t)
Imputables	58.5	70.6
Inimputables	41.5	29.4

## Discusión

Los datos de Sala 11 no son generalizables ni respecto a la población psiquiátrica general así como tampoco a la población carcelaria. A modo de comparación, en el período 1994-2000 hubo a nivel nacional 1.551 procesados por homicidio; durante ese período ingresaron a Sala 11 solamente 73 pacientes procesados por ese delito. Esto implicaría que en for-

ma aproximada solamente un 4.7% de los procesados por ese delito llegó a la Sala de Seguridad.

La patología de Eje I prevalente en los inimputables de ambos delitos fueron los trastornos psicóticos en porcentajes similares, en tanto la prevalente en los imputables fueron los TRS cuya representación porcentual triplicó aquella de los inimputables en ambos grupos. Estos hallazgos son coincidentes con los expresados en el estudio de Nestor y Haycock<sup>9</sup> que refiere: “en comparación con los homicidas convictos, los inimputables eran más probablemente vistos como sicóticos al momento de la agresión y también más probablemente hayan matado parientes de sangre, especialmente un padre (progenitor). En contraste, los asesinos convictos más probablemente hayan matado a otro significativo, principalmente un cónyuge o amante. Al momento de la agresión referida, el abuso de sustancias más probablemente haya ocurrido en los asesinos convictos que en los inimputables”. En cuanto a los TEA el porcentaje de imputables homicidas con dicho trastorno fue el doble al de los inimputables, en tanto ambos porcentajes fueron similares en las tentativas de homicidio.

Respecto de los pacientes esquizofrénicos homicidas la casi totalidad presentaba claros síntomas de descompensación, con ideas delirantes y fenómenos alucinatorios.

El porcentaje de 25% de trastornos psicóticos en los homicidas imputables –que en principio parece elevado– debe entenderse como correspondiendo a episodios psicóticos agudos que en muchos casos aparecen luego de años de reclusión (llamada psicosis carcelaria por algunos autores), así como el

desarrollo de una *psicosis crónica* en el curso de la misma.

El porcentaje de pacientes sin patología de Eje II que son inimputables es alto en ambos grupos, fundamentalmente en los homicidas. El porcentaje de pacientes con TTPP en aquellos imputables es similar en ambos delitos; no así para los inimputables, donde es francamente mayor en las tentativas de homicidio. Con relación al retraso mental, este predomina en los pacientes imputables, no habiendo retraso mental en los inimputables de H(t).

Podría pensarse que la determinación psicótica de matar sería más eficaz, pues tanto en términos relativos como absolutos los homicidios consumados (34) predominan ampliamente sobre las tentativas de homicidio (4), para este grupo. El hallazgo de que los psicóticos son el grupo más numeroso entre los homicidas derivados a asistencia psiquiátrica hospitalaria, coincide con otros estudios similares<sup>10</sup>. Mientras que los psicóticos que matan tienen alta chance de ser derivados a Sala 11, los sujetos con TRS están muy probablemente sub-representados en la población que llega al hospital.

La asociación de TRS y patología de Eje II es mayor para los homicidas comparado con las tentativas de homicidio (90.5 vs. 62.5), concordando con lo que Woodward M et al. expresaron en su trabajo: “hay una asociación de homicidio con trastorno mental, más particularmente con ciertas manifestaciones de esquizofrenia, trastorno de personalidad antisocial y abuso de drogas o alcohol. Sin embargo, la predicción de potencial para homicidio permanece difícil de obtener; se necesita más investigación”. Esto sería explicable en tanto se suman los efectos directos de la sustancia sobre una personalidad ya defectuosa.

El porcentaje relativamente bajo de patología psiquiátrica mayor con TRS asociado en esta muestra podría deberse en parte a un subregistro, ya que se priorizaba la patología presente al momento del ingreso y no necesariamente la existencia de antecedentes de consumo abusivo de drogas o alcohol. La búsqueda sistemática de dicho antecedente tal como plantearon Putkonen et al. en su trabajo, comenzó a aplicarse en el Servicio de Seguridad en años más recientes.

## Homicidas y sus víctimas

Al relevar los datos de los homicidas se pudo obtener información respecto a las víctimas en un 78.4% de los casos, existiendo un porcentaje de pacientes en donde se carece de la misma (21.6%). Para el delito de tentativa de homicidio se pudo obtener datos acerca de la víctima en un 94% de los casos.

Cabe señalar que tanto en pacientes imputables como inimputables de ambos delitos, las víctimas más frecuentes son los familiares (sin discriminar).

Si consideramos los inimputables vemos que sus víctimas son fundamentalmente familiares sanguíneos para el homicidio consumado, coincidiendo con un trabajo publicado por Nestor et al.<sup>11</sup>, en tanto que en las tentativas predominan los familiares no sanguíneos.

Respecto al grado de vinculación con la víctima para los pacientes psicóticos, este estudio coincide con otro similar de los autores chilenos Téllez y cols.<sup>12</sup>, en el que describen: “existe cercanía con la víctima en 66% de los casos”. En nuestro estudio el grado de cercanía llega a un 71.4%. Debemos tener en cuenta que los vínculos sociales en los pacientes psicóticos en general se hallan restringidos al ámbito de la casa, donde habitualmente conviven con familiares sanguíneos. En su estudio Johnston et al. refieren que “la victimización a extraños era cometida con más probabilidad por aquellos con trastorno de personalidad que aquellos con psicosis. La violencia más seria y homicidio eran más probablemente contra cercanos (íntimos) que extraños”<sup>13</sup>.

Cuando analizamos a quiénes matan los diferentes grupos de homicidas agrupados por diagnóstico vemos que –en términos porcentuales– son los TEA quienes ultiman más a sus familiares, y que sumados familiares y conocidos –nuevamente en términos porcentuales– los TEA llegan a un 81.8% seguidos por los psicóticos (71.4%) y los TRS (57.2%).

En cuanto a la lectura con relación al Eje II es análoga al anterior. Tanto en los RM como en los TP prevalece el homicidio de familiares y conocidos.

## Conclusiones

Los resultados acerca de los homicidas inimputables y sus víctimas concuerdan en términos generales con los de otros trabajos en el extranjero.

No es posible a partir de este estudio realizar conclusiones generales acerca de la prevalencia de trastornos mentales en los procesados por el delito de homicidio o tentativa de este. Para ello serán necesarios nuevos estudios que abarquen la totalidad de los procesados por estos delitos (o muestras representativas de estos) y no sólo de aquellos que llegan al Servicio de Seguridad.

En un momento político donde se insiste en el peso de los TRS en delitos violentos como los mencionados en el presente trabajo, el alcohol fue en este estudio la sustancia de abuso más frecuente, comparada con la cocaína o el cannabis. En otros estudios de uno de los autores de este trabajo<sup>14</sup>, al analizar otro delito violento (rapiña)<sup>15</sup> la asociación fue mucho más evidente con las drogas ilegales<sup>16</sup> (cocaína y marihuana) que con alcohol.

De la comparación efectuada entre los pacientes procesados por los delitos en estudio y la realizada en función de su imputabilidad surgen diferencias y similitudes, cobrando particular relevancia las surgidas en función de esta última variable a los efectos de determinar, por ejemplo, conductas de carácter asistencial. Las diferencias en las variables estudiadas para ambos delitos son más pronunciadas contrastando el grupo de imputables versus inimputables que si se contrastan homicidas vs. tentativas de homicidio. Desde este punto de vista cabe cuestionarse que ambos grupos (imputables e inimputables) sean derivados a un mismo servicio de seguridad para su tratamiento.

Los resultados obtenidos concuerdan en términos generales con la impresión clínica donde, por ejemplo, son los pacientes psicóticos quienes más frecuentemente ultiman a sus familiares de sangre. Los datos que nos muestran que porcentualmente los TEA matan más familiares, no llegan al peso de los primeros cuando son expresados en números absolutos.

## Referencias bibliográficas

1. **Tam E, Engelsmann F, Fugere R.** Patterns of violent incidents by patients in a general hospital psychiatric facility. *Psychiatr Serv* 1996; 47(1):86-8.
2. **Pal S.** Mental disorders in abnormal offenders in Papua New Guinea. *Med Law* 1997; 16(1):87-95.
3. **Soliman AE, Reza H.** Risks factors and correlates of violence among acutely ill adult psychiatric inpatients. *Psychiatr Serv* 2001; 52(1):75-80.
4. **Ruesch P, Miserez B, Hall D.** A risk profile of the aggressive psychiatric inpatient: can it be identified? *Nervenarzt* 2003; 74(3):259-65.
5. **Barlow K, Grenyer B, Ilkiw-Lavalle O.** Prevalence and precipitants of aggression in psychiatric inpatients units. *Aust N Z J Psychiatry* 2000; 34(6):967-74.
6. **Turkson SN, Asante K.** Psychiatric disorder among offender patients in the Accra Psychiatric Hospital. *West Afr J Med* 1997; 16(2):88-92.
7. **Woodward M, Nursten J, Williams P, Badger D.** Mental disorder and homicide: a review of epidemiological research. *Epidemiol Psychiatr Soc* 2000; 9(3):171-89.
8. **Putkonen A, Kotilainen I, Joyal CC, Tiihonen J.** Comorbid personality disorders and substance use disorders of mentally ill homicide offenders: a structured clinical study on dual and triple diagnoses. *Schizophr Bull* 2004; 30(1):59-72.
9. **Nestor PG, Haycock J.** Not guilty by reason of insanity of murder: clinical and neuropsychological characteristics. *J Am Acad Psychiatry Law* 1997; 25(2):161-71.
10. **Pérez de Almeida Becerra L, Formiga T, Nóbrega M, Duarte Da Costa M.** Prevalência de homicídio nos pacientes enternos no Instituto de Psiquiatria Forense da Paraíba no ano de 1984. *CCS* 1986; 8(2):10-15.

11. **Nestor PG, Haycock J, Doiron S, Kelly J, Kelly D.** Lethal violence and psychosis: a clinical profile. *Bull Am Acad Psychiatry Law* 1995; 23(3):331-41.
12. **Téllez Téllez C, Koppmann Altoni A, Sepúlveda Marshall E.** Esquizofrenia y Homicidio: análisis de una década de informes médicos legales. *Rev Psiquiatr Clin (Santiago de Chile)* 1995; 32 (1/2):17-24.
13. **Johnston I, Taylor PJ.** Mental disorder and serious violence : the victims. *J Clin Psychiatry* 2003; 64(7):819-24.
14. **Fielitz P, Sánchez N, Blanco C.** Violencia y Abuso de Sustancias. Presentación en Jornadas Científicas de la Clínica Psiquiátrica. Octubre de 1999.
15. **Trelles P, Fielitz P, Blanco C.** Poster: Violencia y Enfermedad Mental. "Premio Posters", VII Congreso Uruguayo de Psiquiatría. Punta del Este. Abril de 2000.
16. **Fielitz P, Blanco C, Sánchez N, Ponce J, Trelles P.** Violencia y Trastornos Relacionados con Sustancias. Segunda Parte. *Rev Psiquiatr Urug* 2000; 64(3):411-415.