

## **Enfermedad mental y delito. Una perspectiva europea**

Dr Mariano Hernández Monsalve

Psiquiatra.

Jefe del distrito de salud mental de Tetuán / área 5 Madrid

Correo e ; [hergoico@gmail.com](mailto:hergoico@gmail.com)

( publicado en :Documentación Social (2011) 161 (abril-junio 2011):133-152)

## **1.Introducción**

Tanto la enfermedad mental como la conducta delictiva son dos eventualidades que se presentan con frecuencia relativamente alta en algún momento de la vida de muchas personas<sup>1</sup>. Existe una amplia gama de conductas delictivas, y una gran diversidad también de enfermedades mentales, por lo que en ningún caso podremos esperar una relación simple entre ambos fenómenos.

Enfermedad mental y delito son fenómenos de distinta naturaleza, pero hay ciertos aspectos de la realidad que los vincula: hay enfermos que cometen delitos, y delincuentes que presentan problemas de salud mental<sup>2</sup>. Esta circunstancia plantea importantes dilemas y controversias que atañen a aspectos teórico-conceptuales (ej la responsabilidad jurídica del enfermo mental ante el delito), y a aspectos prácticos (ej la respuesta institucional al enfermo que comete delito, o al recluso con enfermedad mental: pena vs tratamiento); controversias y dilemas de las que nos ocuparemos, al menos someramente en este capítulo

El delito es una transgresión de la ley, de la norma socialmente establecida. La respuesta institucional al delito se rige por principios y ética de la Justicia: persecución del delito y castigo del delincuente. La pena pretende retribución del daño, y contribuir a la seguridad; y a su vez, pretende también efectos disuasorios y la rehabilitación del delincuente ( art 25 de la Constitución Española)

La enfermedad mental presupone una eventualidad con la que el sujeto se encuentra, que acontece al margen de su voluntad, que proporciona sufrimiento y cierto grado de merma en la capacidad del sujeto para gestionar de forma adecuada su propia vida, que en los casos más graves puede producir una seria reducción o pérdida de la capacidad para decidir y obrar libremente. Ante la enfermedad mental la sociedad dispone los recursos de las instituciones sanitarias y sociosanitarias, hoy en el contexto de la salud mental comunitaria.

Una de las cuestiones más inquietantes es la contribución de la enfermedad mental a la producción de delitos. Es un tema controvertido, abierto a debate, sobre el que se suele discutir más desde los prejuicios que

<sup>1</sup> Los datos disponibles indican un incremento de la frecuencia de delitos en la población general a lo largo de los últimos cincuenta años , llegándose a multiplicar por ocho la tasa de delitos detectados

<sup>2</sup>Datos del “Home Office” británico indican que una tercera parte de hombres y un 8% de mujeres nacidos en 1953 han sido sancionados por delitos a la edad de 40 años, aunque una quinta parte de los hombres (7% de la población masculina) se considera responsable de más del 60% de los delitos (Home Office 1996)

Ambos fenómenos son frecuentes en la población general. No es rara por tanto que con alguna frecuencia se presenten en una misma persona simultánea o sucesivamente; especialmente en los grupos de mayor riesgo (y ambos fenómenos comparten la mayoría de los factores de riesgo, como veremos)

desde el conocimiento de la realidad. Tradicionalmente las posiciones extremas han estado encuadradas entre quienes ven en todo delito<sup>3</sup> indicios de enfermedad mental- posición que ha conducido a la “psiquiatrización” de conductas disruptivas, antisociales, consideradas de entrada “casos psiquiátricos”- y entre quienes tienden a judicializar y penalizar las conductas sintomáticas de los pacientes – “criminalización” de pacientes mentales.

En el cruce entre delito y enfermedad mental surgen aspectos de gran interés, como son las cuestiones preventivas y asistenciales, y que nos formulamos como interrogantes : ¿ se podrían evitar la mayor parte de los delitos que cometen los enfermos mentales si éstos recibieran una correcta atención psiquiátrica y psicosocial?, ¿ se podría evitar tanto sufrimiento psíquico y tanto daño a la salud mental de los presos si se atendiera a su derecho, como ciudadanos, a la protección de su salud mental.. o es acaso la cárcel un lugar inevitablemente productor de daño psíquico? ;¿podemos los profesionales de salud mental prestar algún servicio al proyecto supuestamente rehabilitador que muchas constituciones ( entre otras la española) adscriben a la institución penitenciaria; o debemos aceptarlas como declaraciones meramente formales, retóricas?;¿puede recuperar un paciente psiquiátrico su salud mental en el medio carcelario?.

### **1.1 Evolución de la implicación de la psiquiatría en el ámbito penal: de la responsabilidad, a la peligrosidad, y al derecho a la salud**

La enfermedad mental interesa al Derecho Penal porque un reducido número de delincuentes son enfermos mentales, y la enfermedad ha podido afectar a la comisión del delito. La consideración de la influencia de la enfermedad mental atañe a la imputabilidad, el reconocimiento de eximentes, y a la eventual adopción en la sentencia de medidas de seguridad alternativas o complementarias a la pena

La delincuencia interesa a la Psiquiatría porque algunos pacientes cometen delitos, y por la hipótesis del desequilibrio mental de los delincuentes (hipótesis clínica de la causa de los delitos), además de contribuir, junto a otras disciplinas, a estudiar los factores predisponentes a las conductas delictivas y a conocer la propia fenomenología y los procesos psicodinámicos subyacentes en estas conductas

Son éstas cuestiones que preceden al nacimiento de la psiquiatría como especialidad médica. La enfermedad mental ha sido antes una categoría jurídica (que estableció su propia nomenclatura: “enajenados, dementes”) que médica. La respuesta ante la enfermedad mental siempre ha estado sometida a una regulación jurídica específica más o menos peculiar<sup>4</sup>. Los primeros andamiajes de la psiquiatría fueron precisamente en este

---

<sup>3</sup> Considerado la diferencia entre delitos instrumentales y expresivos, son los expresivos los que tienden a atribuirse con mayor frecuencia a los enfermos mentales (delitos instrumentales son los que se cometen persiguiendo un objetivo distinto al propio hecho delictivo; ej delitos financieros; los delitos expresivos son resultado de una reacción violenta que sobrepasa la capacidad de control de la persona).

<sup>4</sup> Las leyes relativas a la salud mental son uno de los mecanismos por los cuales los gobiernos tratan de controlar a determinados ciudadanos antisociales. Los problemas surgen a la hora de intentar compatibilizar una definición jurídica con un diagnóstico clínico. Así por ejemplo, el gobierno de RU introdujo leyes que permiten “la detención indeterminada, pero sujeta a revisión, de sujetos con trastorno de la personalidad, peligrosos con o sin pruebas de haber cometido delitos...”; el anuncio de esta medida , dicho sea de paso, fue acogido calurosamente en el Parlamento del RU

ámbito, como disciplina auxiliar de la justicia, tanto en la dimensión de expertos en la peritación de los delincuentes, como en su función complementaria a la de las instituciones penitenciarias, contribuyendo al control social de una heterogénea población de enfermos, marginados e inadaptados sociales.

En una apretada síntesis histórica, podríamos reconocer una trayectoria en la relación en la que el núcleo central se desplazó en un primer momento desde la cuestión de la responsabilidad (y por ende, con efectos sobre la culpabilidad-imputabilidad, y sus consiguientes repercusiones en las sentencias) hacia la peligrosidad (hoy reformulada como “gestión de los riesgos”). Uno de los efectos de estas controversias fue la instauración de las medidas de seguridad como alternativas a la pena; introducidas a finales del siglo XIX en los códigos penales de Suiza, Prusia, Italia, muy pronto fueron adoptadas por otros países europeos, incluida España.

Lo que me interesa ahora señalar es que en el momento actual se añade una nueva dimensión que no sustituye a las anteriores, sino que se añade a ellas: es la cuestión del **derecho a la salud, y a la salud mental de los reclusos**<sup>5</sup>, con importantes repercusiones en aspectos teóricos y prácticos

## 1.2 La dimensión europea

La Europa actual, que suponemos heredera de la tradición humanista e ilustrada, está sometida a una crisis de valores y de identidad, debatiéndose entre aquellos valores propios de una ética democrática de solidaridad, justicia, igualdad, y los nuevos valores de la retórica neoliberal (especulación financiera, consumismo, individualismo por defecto) contrapuestos a aquellos.

El proyecto de construcción de la Europa de los ciudadanos, fundada en el reconocimiento y defensa de los derechos humanos, sociales y civiles, encuentra alguno de sus desafíos más importantes tanto en la política penitenciaria como en la de salud mental<sup>6</sup>.

Desde la óptica de la salud mental, algunos aspectos ineludibles son el progresivo aumento de la cantidad de pacientes mentales que pueblan las cárceles europeas, la frecuencia de autoagresiones y suicidios en ellas, los trastornos adaptativos, los serios problemas de falta de “higiene mental” del entorno carcelario, la responsabilidad de los servicios de salud mental en desarrollar programas preventivos y terapéuticos sobre los pacientes más graves y con condiciones de vida “de mayor riesgo” para su salud mental y su integración social, los problemas de las víctimas, y en fin el desafío de desarrollar políticas sociales, educativas y sanitarias europeas que contrarresten los daños derivados de una cultura muy competitiva, muy consumista y poco solidaria.

---

<sup>5</sup> Efectivamente, la condena a prisión supone la privación de libertad, pero el preso conserva otros derechos constitucionales, incluyendo el derecho a la salud

<sup>6</sup> Me parece una muestra significativa a este respecto que el encuentro multilateral sobre “la salud en las cárceles” que organizó en 1999 el Consejo de Europa se convocara como una actividad del “Programa de actividades para el desarrollo y la consolidación de la estabilidad democrática” (Walmsley 1999)

**1.3 La desinstitucionalización** de los enfermos mentales crónicos y el inicio de la era de la salud mental comunitaria es uno de los procesos de mayor trascendencia social y sanitaria de las últimas décadas del siglo XX.

Surgidas en momentos de optimismo y fortaleza del lazo social, apoyadas en las corrientes desinstitucionalizadoras que surgieron con fuerza en Occidente tras la 2ª Guerra Mundial, con fundamento en teorías psicosociales del enfermar, junto a la realidad de los primeros psicofármacos con efectos sobre psicosis, las alternativas de la salud mental comunitaria se fueron extendiendo por Europa.

Tras varias décadas de desarrollo irregular de esos procesos, más allá de haberse demostrado la eficacia de los modelos comunitarios - cuando han contado con recursos humanos y económicos adecuados, han sido bien planificados, han contado con la necesaria participación de usuarios, profesionales, medios de comunicación, y movimiento ciudadano junto a políticos y gestores ( requisitos que se han cumplido en escasas ocasiones ) - , las alternativas comunitarias han sido otras muchas veces procesos incompletos, que han contado con pocos recursos o deficiente planificación, induciendo en esos casos efectos negativos indeseables, siendo los más importantes la producción de exclusión social ( pacientes sin hogar) y criminalización – transinstitucionalización ( de instituciones sanitarias a instituciones judiciales) -.

Como razones de esta tendencia a la criminalización-judicialización de enfermos mentales graves se han aducido las siguientes:

α) La vida en la comunidad entraña más riesgos: los enfermos comparten riesgos con la población general -de pobreza, exclusión social, fácil acceso al consumo de alcohol y drogas, disponiendo de mayor vulnerabilidad y menores factores de protección ( redes sociales precaria, merma en el autocontrol, escasas oportunidades de trabajo, amistades, pareja )

β) Riesgos de desconexión de los servicios, de los de salud mental y de los de integración social.: desconexión que en gran parte es indicador de un sistema de cuidados incompetente.

χ) Expuestos a experiencias de rechazo y estigma.

Debemos considerar a su vez la existencia de fuertes elementos estructurales de nuestra sociedad que propician respuestas de encierro: Por vías distintas, algunos autores habían advertido acerca de ello: Así por ej Penrose, ya en 1932, tras revisar la evolución de la población de ingresados en cárceles y en manicomios en 18 países, planteó la tesis de que “ nuestras sociedades capitalistas produce un número estable de reclusos, manteniéndose el balance entre hospitales psiquiátricos y prisiones” ( si disminuye una población es a expensas del aumento de la otra). También Foucault advirtió que el cierre de los manicomios significaría un trasvase de población hacia las cárceles, señalándolo como una especie de fenómeno especular de lo que estaba sucediendo en la Unión Soviética, donde los psiquiátricos estaban siendo usados como lugar de reclusión de penados<sup>7</sup>

---

<sup>7</sup> “..Si una sociedad capitalista como Gran Bretaña declara que no habrá más encierro, al menos para los locos, me planteo si la otra mitad del encierro, la prisión, desaparecerá, o por el contrario ocupará el espacio vacío dejado por el manicomio. ¿No está haciendo Gran Bretaña lo contrario de la Unión Soviética cuando generaliza el manicomio y hace que éste cumpla la función de la prisión? ¿ No se verá

El fenómeno de la criminalización de pacientes psiquiátricos fue advertido primero en estados Unidos, donde buena parte de la desinstitutionalización no se acompañó de medidas de soporte social y sanitario para los pacientes más graves (Abramsom 1972; Lamb 1998). En Europa, donde el proceso ha sido más cuidadoso a este respecto, el fenómeno ha sido más tardío y probablemente menos dramático. Pero todo parece indicar que nos encaminamos en aquella dirección; así por ejemplo, si en la proporción de pacientes psicóticos en cárceles en Inglaterra y Gales se mantuvo sin cambios significativos (en torno al 2%) entre 1972- 91 (Gun y cols 1991), actualmente se registran en torno al 5%

En lo que se refiere a España, los datos de morbilidad psiquiátrica en cárceles, datos de 2009 informan de que un 42,2% e los presos padecen algún trastorno mental (23,1% problemas de abuso y/o dependencia a drogas; 19,1% % , problemas psiquiátricos independientes del consumo de drogas ; 8,8% problemas mixtos )<sup>8</sup>

## **2 Controversias más significativas.**

### **2.1 Factores psicosociales predisponentes a conductas delictivas**

Las causas de los delitos son múltiples y hay que buscarlas en cada caso atendiendo a características del autor, del contexto<sup>9</sup> y de la víctima.

Los delitos son en ocasiones hechos insólitos en la vida de una persona; y otras veces son elementos de una verdadera “carrera delictiva”. Por lo general, operan factores y circunstancias distintas en uno y otro caso.

En cualquier caso es importante identificar factores que generan, refuerzan y mantienen esas conductas (“carreras delictivas”) y aquellos otros que, por el contrario, contribuyen al abandono de las mismas.

En cuanto a las causas de los delitos, dentro de la multiplicidad de las mismas, conviene recordar que ya Merton señalaba en 1949, con referencia a la sociedad norteamericana, que el factor más importante que originaba conductas delictivas radicaba en la falta de correspondencia entre metas socialmente inducidas y medios socialmente estructurados: exaltación de metas y restricción de medios para lograrlas.

Esta desproporción parece ser caldo de cultivo importante para generar una violencia larvada, retenida y expresada en cuanto surge una ocasión propicia.

De ahí la progresiva importancia de las perspectivas sociológicas y antropológico-culturales, frente a la perspectiva “clínica” entrada en las variables individuales.

### **2.2 Delitos de personas con enfermedad mental**

---

obligada Gran Bretaña a extender la función de las prisiones incluso si las mejora? (M. Foucault 1972, citado por G Rendueles 2003)

<sup>8</sup> El estudio internacional más amplio es el de Fazal y Danesh (2002)

<sup>9</sup> La importancia del contexto cultural se pone claramente de relieve al observar los cambios habidos en nuestro propio ámbito respecto delitos sexuales, el juegos de azar, aborto, consumo de drogas, o la regulación de la tortura o del crimen en las guerras, por no hablar de los cambios en las delimitaciones de delitos financieros (beneficio vs usura) u otras formas de abuso más o menos regulado.

Entre delito y enfermedad mental pueden darse una variedad de relaciones posibles. Así por ejemplo, Mullen y Lindquist (2003) consideran estas cuatro opciones de ámbito general:

1. Relación escasa o no manifiesta (ej, ladrón deprimido por problemas conyugales)
2. Los trastornos mentales pueden ser causa necesaria pero no suficiente (delito estimulado por preocupaciones delirantes)
3. Trastorno mental y delito íntimamente enlazados en sus orígenes y en sus expresiones (ej, trastornos disociales de la personalidad, parafilias)
4. Las acciones delictivas y sus consecuencias (pérdidas, encarcelamientos,) pueden contribuir al desarrollo de trastornos mentales

Conviene señalar la existencia de estudios que indican que una pequeña proporción de pacientes acumula una alta frecuencia de delitos por conductas violentas (5% de hombres responsables del 30% de actos violentos; 5% mujeres responsables del 50%, en estudios daneses ; y una proporción muy similar en Suecia), manteniéndose por tanto, entre la población de pacientes, tendencias análogas , de concentración de delitos, a las observadas en el resto de población ( ej en Inglaterra y Gales, se encontró que un 7% de los hombres eran responsables del 60% de los delitos). Datos que apuntan la necesidad de estudiar particularmente las características de esas poblaciones “de mayor riesgo”, y la posibilidad de intervenciones preventivas

En cuanto a las diversas patologías, la mayor morbilidad de conductas violentas se dio en quienes presentaban abuso de sustancias tóxicas (10 veces más frecuente), seguidos de trastornos afectivos y esquizofrenia (4 veces más frecuente). Se encontró también un fuerte aumento de violencia en concordancia con el número de diagnósticos en una misma persona, hallazgo que es redundante con los resultados de otros estudios.

**Como conclusión** general de esos estudios podemos aceptar el que los pacientes mentales son detenidos por delitos violentos con más frecuencia que el resto de la población. Ahora bien, lo que no está claro es el grado de implicación de la enfermedad mental en aquella conducta. Desde la perspectiva epidemiológica se concluye en que la enfermedad mental no se comporta como variable independiente en la producción de conductas delictivas, y que hay que valorar por tanto la influencia de otras variables que caracterizan también a esas poblaciones de pacientes: edad, sexo, consumo de alcohol y drogas, situación socioeconómica.

Ante la presencia de enfermedad mental en quien comete delito puede ser muy difícil establecer la relación causal, es decir el grado de contribución de la enfermedad mental a la conducta violenta o a la conducta delictiva en general.

En escala hipotética entre 1-10, en la que 1-2 signifiquen una escasísima contribución de los factores relacionados con la enfermedad, y 8-10 una contribución máxima, Chiswick encuentra que predominan grados de atribución entre 3-7 (otros factores: acontecimientos situacionales, relaciones problemáticas y estados de embriaguez)

De acuerdo con las propias conclusiones de Chiswick (2003), y las de la ponencia AEN (“Atención a la salud mental de la población reclusa”<sup>10</sup>), podemos sintetizar lo siguiente:

- Las personas con trastornos mentales graves tienen más probabilidad de afrontar condenas por delitos violentos y de otro tipo que el resto de los ciudadanos
- El aumento de esta probabilidad se altera considerablemente por factores locales como la tasa de delincuencia factores sociodemográficos
- La personalidad antisocial y el abuso debido a sustancias tóxicas tienen mayor asociación con la infracción que las enfermedades mentales importantes
- La combinación de trastornos psiquiátricos (particularmente cuando uno de ellos es un trastorno debido al consumo de sustancias tóxicas) puede tener más importancia que una sola categoría de enfermedad mental importante
- La mayor parte de los delitos cometidos por individuos que padecen enfermedades mentales importantes son de naturaleza menor. La violencia, cuando tiene lugar, es muy probable que se dirija contra un miembro de la familia o personas de su entorno más cercano.
- La tasa de prevalencia de trastornos psicóticos en las cárceles es mucho mayor que en la población general lo que obliga a considerar: a) la escasa eficiencia de la red social y de salud mental comunitaria a los pacientes previamente a la comisión de delitos, b) las particularidades de los procesos en cuanto a la apreciación de enfermedad mental durante los mismos, c) preguntarse acerca de qué funciones, en su caso, de qué modo, la cárcel puede responder a las necesidades de salud mental y tratamiento psiquiátrico que requieren los reclusos( y a lo que tienen derecho), d) cómo reestructurar la red de salud mental para que desempeñe las necesarias funciones preventivas, tratamiento eficaz y rehabilitación de pacientes “en riesgo”de conductas delictivas, o con cargas penales, e) qué tipo de dispositivos pueden ser necesario para atender de la mejor manera las necesidades de salud mental de esta población de pacientes que debe cumplir penas qué lugar pueden tener instituciones de doble tutela- judicial y sanitaria?

### **2.3 En torno a la peligrosidad y el riesgo. Predicciones de ocurrencia y de reincidencia**

¿Podemos los psiquiatras predecir la peligrosidad? Entra la década de los sesenta a la de los ochenta, los psiquiatras fueron tomando distancia a la hora de asumir dictámenes sobre la peligrosidad de los pacientes: la peligrosidad no es un parámetro clínico ni psicopatológico. A lo largo de la década de los 90 se reformula como gestión de los riesgos, que es un término más adecuado, aunque tampoco exento de “riesgos” en su uso. Aún así, significa diferencias importantes con el de peligrosidad: si el concepto de peligrosidad alude a una propiedad más o menos estable de la persona, el de riesgo tiene la ventaja de ser dimensional , relacionarse con las

---

<sup>10</sup> Consultar en Hernández Monsalve M y Herrera Valencia (2003)



probabilidades de expresión de una conductas ( en lugar de con las cualidades de una persona ), y de ser intrínsecamente variable. Remite a su vez a la posibilidad de prevención del daño no tanto como al tratamiento.

Los datos de reincidencia informan que los enfermos reinciden en proporción similar a los demás, dependiendo mucho del tipo de delitos. En el caso de los enfermos, habría que considerar, como situación ventajosa de cara a la reincidencia, el que cuando la enfermedad ha estado influyendo mucho en la producción del delito, el tratamiento debiera tener efectos preventivos sobre la reincidencia. De este modo el psiquiatra y los servicios en general se ven situados en la disyuntiva de actuar simultáneamente en la perspectiva clínica y en la del control social, lo que conlleva serias implicaciones éticas y técnicas en la práctica (ej ante la presión social – desde los jueces hasta familiares y otros – para intervenir más expeditivamente con pacientes que no colaboran en los tratamientos)<sup>11</sup>.

Los imperativos éticos indican que los profesionales de la salud mental sólo deberán emprender la valoración de riesgos cuando se cumplan los siguientes requisitos (Mullen, 2003):

1. “Presentación de una cantidad razonable de pruebas empíricas para orientar la toma de decisiones clínicas
2. Las variables de salud mental son una manifestación prominente del cuadro clínico del paciente y también tienen relevancia potencial respecto a la probabilidad de futuros comportamientos perjudiciales
3. La valoración se basa en las características relevantes del paciente que, salvo circunstancias excepcionales, se obtienen de un examen directo del paciente
4. los riesgos se expresan en forma de probabilidades (no en atribuciones de peligrosidad), con una admisión explícita de la falibilidad y de la variabilidad potencial del pronóstico.
5. Cada pronóstico se realizará teniendo en cuenta las consecuencias que puede acarrear para el paciente. Los profesionales de salud mental no debe contribuir en modo alguno a la ejecución de sus conciudadanos ( como en los juicios con pena de muerte), ni tampoco, salvo en las circunstancias más excepcionales, a prolongar su encarcelamiento
6. Los pronósticos deben tener el objetivo principal de proporcionar al paciente mejor tratamiento y atención”

#### **2.4 Implicaciones de la Justicia en la Salud Mental.**

Otros importantes aspectos se refieren de modo más específico a la dimensión jurídica, tales como la controversia en torno a la llamada **jurisprudencia terapéutica** Es una disquisición planteada a nivel teórico-conceptual, con indudables implicaciones éticas: ¿debe la justicia contemplar entre sus fines y entre sus deberes el contribuir a objetivos terapéuticos?. La perspectiva prevalente en Filosofía del Derecho es concebir a éste como

<sup>11</sup> Como recientemente afirmaba P Resnick “ el clínico ha de caminar por una fina línea entre la protección de la sociedad y la máxima libertad para los pacientes... independientemente de cómo esa línea sea trazada, el psiquiatra será criticado”

una disciplina autopoyética, es decir que se autoabastece en el proceso de construcción de principios-desarrollos legislativos -aplicación.

Pero es cada vez más evidente la necesidad de que el Derecho establezca puentes de colaboración teórica y práctica con otras disciplinas, incluyendo la Medicina, Ciencias de la Salud, Psicología, Sociología, etc. Pues, entre otras cosas, es indudable que la forma en que se conciben los derechos y deberes ciudadanos, la legislación, y el modo en que se aplican las leyes, tiene importantes efectos en la salud

Frente a esta realidad, que conduce hacia un diálogo en profundidad entre Derecho y Psiquiatría, no faltan quienes insisten en las dificultades (incluso imposibilidad) de traducción entre el “registro” de la justicia y el registro “del bienestar” o de la perspectiva terapéutica, cada cual con distintos objetivos, distinta escala de valores y distintos códigos.

Sin que sea fácil estimar la situación global al respecto en Europa, parece predominar en estos momentos una tendencia a virar el eje hacia la perspectiva de la “justicia”- garante de la seguridad y de la toma de medidas “reparatorias” del daño a la víctima- , frente a la del “bienestar”- particularmente interesada en recuperar al agente del delito. En conjunto, podemos considerar “en posición frágil” la función de rehabilitación/reinserción de las prisiones, y por extensión también de los pacientes mentales reclusos, en aras del cumplimiento de funciones tradicionales de segregación, disuasión y castigo

Cómo se dirima este debate afectará sin duda a las posibilidades del trabajo conjunto con la psiquiatría

### **3. Los itinerarios de los pacientes mentales que van a la cárcel**

#### **3. La intervención de la policía en la detención**

Los policías son con frecuencia quienes primero intervienen en acciones delictivas de pacientes mentales. Varios estudios corroboran el dato de que en similares circunstancias, las personas con enfermedades mentales tienen muchas más probabilidades de ser detenidas; y que aún cuando el delito sea menor, el padecer enfermedad aumenta las posibilidades de detención.

**3.2 Durante el proceso** siguen produciéndose sesgos contraproducentes para el paciente-delincuente: Si una vez detenidos, es poco probable que se facilite en comisaría evaluación psiquiátrica, durante los procesos surgen otros importantes aspectos de procedimiento, “problemas técnicos”:

Incluso en los casos en que se ha apreciado trastorno mental con algún tipo de repercusión en la imputabilidad, y por tanto en la pena, la peritación puede ser importante para orientar la decisión del juez de remitir al recluso a un hospital o, excepcionalmente, a otros dispositivos de la red de salud mental general, o a la cárcel

- El endurecimiento de las penas a pacientes mentales es otro hecho que tiende a

generalizarse. Esta es también otra razón para que la defensa del acusado soslaye el tema de la enfermedad. Datos de sentencias de tribunales franceses informan de incremento de duración de las sentencias, de modo que en veinte años muchas sentencias, para los mismos delitos, se han duplicado. Se trata de una tendencia general, particularmente manifiesta cuando se aplica a pacientes mentales

**3.3 Una vez en la cárcel**, lo más significativo es el incumplimiento del llamado *principio de equivalencia*, que debería garantizar los mismos derechos de acceso a prestaciones de salud mental para el preso que para el resto de ciudadanos. La experiencia generalizada es que las cárceles no están dotadas para proporcionar estos servicios ante la avalancha de problemas que presentan los reclusos

Generalmente existen problemas derivados de la organización de servicios: escasa disponibilidad de profesionales especializados, y de coordinación/cooperación con los servicios de salud mental o de asistencia psiquiátrica de la red pública-no penitenciaria- , para garantizar la calidad de la asistencia psiquiátrica ante complicaciones de la situación clínica de estos pacientes

Estas dificultades son aún mayores al considerar la necesidad de cuidados continuados por pacientes graves con estancias muy prolongadas, a quienes habría de proporcionarse, junto al tratamiento farmacológico, el acceso a relaciones interpersonales establecidas con un sentido terapéutico.

Además, hay que recordar situación de inferioridad relativa en que se encuentran muchos pacientes, particularmente psicóticos o neuróticos graves, para adaptarse a las duras circunstancias del medio penitenciario, con el consiguiente riesgo de ser objeto de abusos por parte de otros internos. Corren también riesgo de ser objeto de castigos disciplinarios. Y por lo general tienen más dificultad para acceder a beneficios penitenciarios, por razones tales como insuficiente colaboración en tareas y rutinas incentivadas.

- Entre las respuestas alternativas a la cárcel, muchas legislaciones europeas contemplan la adopción de medidas alternativas de índole terapéutico – fomentando formas particulares de “libertad condicional o de libertad bajo supervisión”. Pero existen muchos problemas para su aplicación a gran escala:

- En ocasiones, la reticencia de los jueces o tribunales, que desconfían de la eficacia de estas medidas y conceden prioridad a la “seguridad”. Otras veces, porque los jueces desconocen aspectos concretos de la situación de la red asistencial y sus posibilidades reales de intervención.

- Los profesionales que hayan de asumir la responsabilidad del cuidado en el contexto comunitario no suelen estar implicados (salvo excepciones) en la valoración de caso ni se les pide opinión previamente a indicar la derivación del paciente a sus servicios

- Los profesionales, los equipos, los hospitales, son reticentes a asumir esos casos : por la “mala prensa” / el estigma que pesa sobre estos pacientes, que introduce una dimensión de desconfianza o de miedo

### **3.4 Insuficiencia en la relación justicia-salud mental**

La pobre comunicación entre la prisión, los jueces y los sistemas hospitalarios impide la valoración y el tratamiento de los delincuentes con enfermedades mentales, y la toma de medidas oportunas que tengan en cuenta tanto los imperativos legales como las necesidades de salud mental y tratamiento psiquiátrico preciso. Esta insuficiente relación significa también muy a menudo la libertad de presos con cuadros psicóticos que se pierden, sin seguimiento alguno en la comunidad.

### **3.6 Insuficiencias de los servicios de salud mental comunitaria**

Una vez en la comunidad, los delincuentes no suelen ser pacientes populares para los profesionales médicos y psiquiatras. A menudo presentan también problemas con alcohol y drogas e incumplen los tratamientos. Se dan así las mejores condiciones para que se reinicie el ciclo de recaídas en el sentido clínico y en el penal.

En los servicios de salud mental cabe reconocer muy a menudo el funcionamiento (implícito) de la “ley de cuidados inversos”, lo que significa más y mejores servicios para quienes menos lo necesitan (pero hacen valer sus necesidades y derechos); y a la inversa para quienes presentan las mayores necesidades pero no articulan convenientemente su demanda.

En los servicios de salud mental comunitaria están insuficientemente desarrollados los programas de “tratamiento comunitario asertivo”, la atención domiciliaria, la atención en crisis, la colaboración con los servicios sociales.

## **4. La respuesta de las instituciones europeas**

Para esta síntesis he tenido en cuenta algunos de los documentos más significativos de las siguientes instituciones europeas: Consejo de Europa, Comité europeo para la prevención de la tortura y de las penas o tratamientos inhumanos o degradantes (CPT), Consejo de Ministros de Estados Miembros, Oficina europea de la OMS, y Mental Health Europe-Santé Mentale Europe (Federación Mundial de la Salud Mental).

### **4.1 Comparten, entre otras, de las siguientes premisas:**

1. Respeto al principio de equivalencia de cuidados. El preso está privado de libertad, pero no está privado de otros derechos que le corresponden como es el derecho a la salud. El respeto a sus derechos fundamentales conlleva el proporcionarles medidas preventivas y cuidados de salud equivalentes a los que se proporcionan a la comunidad en general. La práctica médica, y por tanto la asistencia psiquiátrica y a la salud mental, en la comunidad y en la prisión debe guiarse por los mismos principios éticos.

2. Los presos siguen formando parte de la comunidad, y por esto es necesario que las instancias comunitarias trabajen en común con ellos, y con sus familiares, garantizando la necesaria continuidad de cuidados.

3. Reconociendo que los médicos de prisión deben afrontar con frecuencia problemas derivados de conflictos de expectativas de los presos y de la administración de la prisión, el médico debe cuidar muy especialmente el seguimiento estricto de guías éticas

#### **4.2 Conclusiones y recomendaciones más significativas de estos documentos:**

##### **1º. Cooperación entre los servicios penitenciarios y los servicios de salud mental/psiquiátricos locales de la red general de servicios públicos**

Es una recomendación reiterada, como reiterada también es la comprobación de las dificultades y las precarias relaciones existentes hasta el momento. En varias ocasiones se anima a seguir la dirección de los cambios emprendidos en los últimos años en Francia e Italia, al depositar la responsabilidad de la atención psiquiátrica de los presos a la red pública de salud mental. En algunos países ( ej Finlandia ) la sanidad penitenciaria forma parte del Servicio Público Nacional de Salud, con lo que la relación está facilitada.

Otra importante iniciativa es la emprendida por la “Ligue Bruxeliense Francophone pour la Santé Mentale” (es una asociación de profesionales de salud mental ) que ha promovido un amplio foro de encuentro y debate entre miembros de la judicatura y de la salud mental( Plate-forme 2001; Cartuyvels 2001)<sup>12</sup> .

##### **2º. Adecuada dotación de profesionales de la psiquiatría-salud mental y de los servicios sociales en las instituciones penitenciarias**

Se hace particular referencia a la necesidad de articular una buena colaboración entre los servicios penitenciarios y los de la red de servicios públicos de la población general, así como entre los profesionales y servicios de salud mental y los de servicios sociales.

Muy especialmente el CPT subraya el papel que juega la dirección de la prisión en la detección preventiva de los presos que sufren deficiencias psiquiátricas ( por ejemplo depresión, trastornos reactivos.. ) con el fin de permitir que se realicen los ajustes adecuados en su medio ambiente. Esta actividad puede ser promovida facilitando formación sanitaria adecuada a determinados miembros del personal de custodia

##### **3º. Se insiste en la necesidad de que los profesionales dispongan de la máxima independencia respecto a la institución penitenciaria, recomendando que no dependan orgánicamente de ella.**

##### **4º. Incorporar planes de cuidados preventivos y de promoción de la salud mental en las cárceles.**

Partiendo del reconocimiento de que la situación de internamiento en prisión significa una situación de riesgo para la salud mental, hace hincapié en la **necesidad de establecer medidas que contrarresten estos riesgos y puedan suponer el desarrollo de un concepto positivo de salud mental.**

---

<sup>12</sup> También los parlamentos han tomado iniciativas importantes: En Europa, la Asamblea Nacional Francesa ha debatido sobre un magnífico informe (Floch 2000) , y en Estados Unidos, el Senado ha sustentado un informe exhaustivo sobre el tema Justicia Criminal-enfermedad Mental promoviendo un amplio trabajo de consenso(Comisión Senado Usa 2000). En España, disponemos de un magnífico informe del Defensor del Pueblo Andaluz (1997), y un informe del Gobierno ante el pleno del Senado, de objetivos mucho más discretos (Boletín Oficial de las Cortes Generales 2002-Senado nº 534; pag 8-63)

Se insiste también en la necesidad de que los países desarrollen políticas y legislaciones que propicien la salud mental positiva, además de **una integración de las políticas de salud, políticas sociales, y un seguimiento eficaz tras la salida de prisión**

#### **5°. Tomar medidas que permitan reducir la población carcelaria**

Diversos informes, especialmente del CPT, consideran que la superpoblación y el hacinamiento que caracteriza a muchísimas cárceles es uno de los principales motivos de preocupación. Se anima a la búsqueda de soluciones, más allá de la construcción de nuevas cárceles. Una de las propuestas más claras en este sentido es la del informe de la Asamblea Nacional Francesa, que propone un “*número clausus*”, que limite la frecuencia de encarcelaciones dictadas por los jueces, y propicie el establecimiento de medidas alternativas a la cárcel<sup>13</sup>.

**6°. Promover cambios sustanciales en la organización de los servicios de salud mental comunitaria, de modo que se prioricen las intervenciones sobre los grupos de población marginales y en riesgo de exclusión**

Si en los primeros epígrafes de este capítulo señalaba los elementos de diferencia distancia entre la perspectiva de la justicia y la terapéutica o del bienestar, es momento de señalar las líneas de convergencia en un trabajo común con los ciudadanos que en un momento de su vida son *simultáneamente* pacientes y penados: hay experiencias de colaboración creativa al respecto, más desarrolladas para la problemática propia de niños y adolescentes, y líneas de trabajo desde la teoría ( la perspectiva de la *justicia terapéutica*, antes mencionada ) y la práctica ( como la experiencia canadiense del “plan de ejecución de pena”, en que se adecua el proceso de cumplimiento de pena a características del penado-incluyendo los requerimientos del tratamiento o de la rehabilitación psicosocial, las posibilidades de desarrollar opciones alternativas a la mera sanción penal – como por ej la *justicia reparadora* (Nollet 2001-), o los inicios de la llamada *psiquiatría forense comunitaria* (Blugass 2003), en el Reino Unido, aunque esta opción merecerá un debate específico detallado)

El espacio institucional europeo debe asumir esta temática entre las de prioridad social, pero también nosotros, como profesionales y como ciudadanos podemos desarrollar iniciativas para, además de denunciar la situación actual , tremendamente injusta e insatisfactoria, propiciar el debate en profundidad y la investigación sobre esta importante temática.

## BIBLIOGRAFÍA

---

<sup>13</sup> Si bien no disponemos de datos sobre la efectiva puesta en práctica de esta recomendación; y más recientemente buenos informes sobre salud mental en prisiones por la Subd Gral de Instituciones penitenciarias- Ministerio del Interior

- Abramsom MF (1972). The criminilization of mentally disordered behavior: possible side-effect of a new mental health law. *Hospital and Community Psychiatry* 23: 101-105
- Belfrage H ( 1998) A ten year follow up of crminality in Stockholm mental patients *British Journal of Criminology* 38:145-155
- Birmingham L (1999). Entre la cárcel y la comunidad: La puerta giratoria de los 90. *Br J Psychiatry* 174: 378-379 ( ed español)
- Bauuw E, Kerkhof A, Vermunt R ( 1998). Psychopathlogy in police custody. *International Journal of Law and Psychiatry* 21:73-87
- Blugass R. Organización de los servicios psiquiátricos. En *Tratado de Psiquiatría III* (ed MG Gelder, JJ Lopez Ibor y N Andreasen), pp 2541-52. Psiquiatría Editores. Barcelona
- Canetti C (2002) . La prison a endossé une vocation asilaire perdue par les hôpitaux psyquiatriques. *Le Monde* 18-04-2002 ( [http://www.lemonde\\_fr](http://www.lemonde_fr) )
- Cartuyvels Y (2001). Judiciaire et therapeutique: Quelles articulations? . Rapport pour la Fondation Roi Baudoin. Loi et Societé- Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale et Facultés Universitaires Saint Luois ( SIEJ\_CES) . Bruxelles
- Comité Europeo para la Prevención de la Tortura y de las Penas o Tratos Inhumanos o Degradantes ( CPT ). Secciones “Sustantivas” de los informes Generales del CPT. Estrasburgo 18 08-2000 ( [www.cpt.coe.int/en/.](http://www.cpt.coe.int/en/))
- Comission Senado USA (2002). The Criminal Justice / Mental Health Consensus Proyect Report , Senado USA ( [www.consensusproject.org](http://www.consensusproject.org))
- Chiswick D (2003). Asociación entre trastorno psiquiátrico y delito. En *Tratado de psiquiatría III* ( ed MG Gelder, JJ Lopez Ibor y N Andreasen)-.Psiquiatría Editores.Barcelona
- Defensor del Pueblo Andaluz. Informe especial: Situación de los enfermos mentales en Centros Penitenciarios Andaluces. DPA. Sevilla 1997 ( [www.defensor\\_and.es/i-ment.htm](http://www.defensor_and.es/i-ment.htm))
- Fazel S, Danesh J (2002,16 feb). Serious mental disorder in 23.000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *Lancet* 359 ( 93)
- Floch MJ ( 2000) ( Rapport n° 2521) de la Commision d’enquête de l’ Assemblée Nationale sur la Situation dans les prisons françaises. La France face à ses prisons. 6-07-2000 ( [www.assemblee-nationale.fr/2/dossiers/prisons/2prisons.html](http://www.assemblee-nationale.fr/2/dossiers/prisons/2prisons.html) )
- Foucault M, 1972. Normalisation et control social. *Esprit* 413 : 678-703
- Hernández Monsalve M, Herrera Valencia R (2003). La atención a la salud mental de la población reclusa. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Madrid
- Hodgins S (1992). Mental disorder, intellectual deficiency, and crime: evidence from a birth cohort. *Archives of General Psychiatry*; 49: 476-483

- Lamb HR, Weinberg LE (1998). Persons with severe mental illness in jails and prisons: a review. *Psychiatric Services* 49: 483-492
- Link BG, Stueve A (1994). Psychotic symptoms and the violent/illegal behavior of mental patients compared to community controls. En *Violence and mental disorder* (ed J. Monahan and HJ Steadman), pp 137-159. University of Chicago Press
- Linquist P, Allenbeck P. (1990). Schizophrenia and crime:a longitudinal follow up of 644 schizophrenics in Stockholm. *Bris Journal of Psychiatry* 157: 345-350
- Mullen PE (2003). Peligrosidad, riesgo y predicción de probabilidad. En: *Tratado de psiquiatría III* ( ed MG Gelder, JJ Lopez Ibor y N Andreasen), pp 2476-2490. Psiquiatría Editores.Barcelona
- Nollet F (2001). La justice réparatrice.Recréer le lien social. *CBCS Politico-Social* n° 149: 6-9
- OMS ( Bureau Regional Européen ) (1998) : Promotion de la Santé Mentale dans les Prisons. Declaration de Consensus sur la Promotion de la Santé Mentale dans les Prisons. La Haye ( [www.hipp-europe.org](http://www.hipp-europe.org))
- Penrose L (1939). Mental disease and crime: outline of a comparative study of European statistics. *British Journal of Medical Psychology* 18: 1-15
- Prieur C (2002) . Les prisons débordées par l'afflux de malades mentaux. *Le Monde* 18-04-2002 ( [http://www.lemonde\\_fr](http://www.lemonde_fr))
- Renduels G.
- Singleton N, Meltzer H, Gatward R, Coid J, Deasy D (1998). Psychiatric morbidity among prisoners in England ad Wales. Office for National Statistics, Government Statistical Service. London
- Steadman HJ, Mlvey EP, Monahan J et al (1998). Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighborhoodsurds. *Archives of Geera psychiatry* 55: 393-401
- Swanson JW, Hozer CE, Ganju VK, Jono RT (1990). Violence and psyquiatric disorder in the community : evidence from the epidemiological catchment area surveys. *Hospital and Community Psychiatry* 41: 761-770
- Teplin LA (1984).Criminalizing mental disorder: the comparative arrest rate of the mentally ill. *American Psychologist* 39: 794-803
- Tiihonen J, Isohanni M, Rasanen P, Koironen M, Moring J (1997). Specific major mental disorders ad criminality: twenty-six year prospective study of the northern Finish brth cohort. *American Journal of Psychiatry*; 154:840-845
- Walmsley R (1999). Health Care in Prison. Programme of activities for the developement and consolidation of democratic stability (ADACS ). Conclusions of the multilateral conference organised by the Council of Europe. Strasbourg .



