

La esquizofrenia en el medio penitenciario

Schizophrenia in prisons

MARINA FUENTES^a, EVA MARÍA FERNÁNDEZ^b

(a) Centro Penitenciario A Lama, Pontevedra, España

(b) Unidad Asistencial de Drogodependencias O Porriño, Pontevedra, España

Correspondencia: Marina Fuentes (mcfuentesbarco@hotmail.com)

Recibido: 11/03/2016; aceptado con modificaciones: 06/07/2016

Resumen: En las cárceles comunes existe un gran número de individuos con trastornos mentales graves cumpliendo condena, aunque esta es una realidad poco conocida para el público fuera de prisión. En este artículo hacemos una revisión de la literatura científica para conocer las cifras de presos con enfermedades psicóticas en centros penitenciarios de diferentes países. Nos encontramos una prevalencia de la enfermedad esquizofrénica en prisión aumentada con respecto a la población general y una relación estrecha entre enfermedad mental grave, consumo de drogas e ingreso en prisión.

Palabras clave: psicosis, esquizofrenia, prisión, delito, violencia.

Abstract: There is a large number of individuals with severe mental disorders in prisons, although this is a reality which is not very familiar for the general public. In this article we present a review of scientific literature in order to know the number of prisoners with psychotic disorders in different countries. We found a higher prevalence of schizophrenic illness among imprisoned persons compared to the general population and a close relationship between severe mental illness, drug abuse and detention.

Key words: psychosis, schizophrenia, prison, crime, violence.

LA EXISTENCIA DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA EN CÁRCELES COMUNES cumpliendo condena es una realidad, aunque no suele ser objeto de estudio ni discusión. También lo es en España, a pesar de que existen centros penitenciarios específicos para internos con enfermedades mentales: los psiquiátricos penitenciarios de Sevilla y Alicante. Pese al ingreso de pacientes con enfermedades psiquiátricas graves, en las diferentes cárceles españolas la asistencia especializada, si la hay, difiere: puede ser privada o se concierta con los servicios de salud de la Comunidad Autónoma, y existen cárceles sin psiquiatra donde la asistencia la procura el médico general.

Esta realidad que describimos es muchas veces desconocida para los psiquiatras generales. Nuestro objetivo es acercarla. Lo hacemos a través de una revisión narrativa sobre el número de personas con esquizofrenia entre los internos en centros penitenciarios, en la que además se manifiestan ciertos perfiles clínicos diferenciadores con respecto a los pacientes con esquizofrenia de la población general.

MÉTODO

Realizamos una búsqueda en PubMed usando los términos generales esquizofrenia, psicosis y prisión. De los artículos localizados revisamos aquellos escritos en inglés y castellano cuyo objetivo era estudiar cifras de enfermos psiquiátricos diagnosticados en los centros penitenciarios o bien algunas de sus características clínicas, sin limitaciones en cuanto al tipo de artículo o al año de publicación. Nuestro interés final era relacionar los resultados con nuestras observaciones en el trabajo asistencial en una prisión española. Por tanto, descartamos aquellos cuyo medio era diferente (individuos internados en centros de menores, población exclusivamente femenina, muestras procedentes de valoraciones periciales o del juzgado cuya condena puede ser una medida no privativa de libertad). El motivo para descartar muestras exclusivamente femeninas es que la población presidiaria femenina es reducida, y las mujeres apenas están representadas en nuestra consulta. También hemos descartado muestras parciales que estudian grupos de presos concretos: los condenados por un tipo de delito determinado, como homicidio o incendio provocado, los reincidentes o aquellos que tienen un trastorno adictivo. En total evaluamos 26 artículos de los 108 que aparecían en la búsqueda inicialmente. También realizamos una búsqueda entre los listados de referencia de los artículos primarios identificados. Usamos libros de texto especializados en psiquiatría penitenciaria y patología dual en esquizofrenia, con énfasis en los contenidos relacionados con los comportamientos delictivos y/o violentos en la esquizofrenia. Usamos por último la información publicada por el Ministerio de Interior español sobre la situación de la salud mental en prisión, con la que trabajamos usualmente.

Pacientes con esquizofrenia en el medio penitenciario

No es fácil hacerse una idea de cuántos pacientes esquizofrénicos cumplen condena en el medio penitenciario. Las cifras publicadas son diversas y difíciles de comparar, dado que en los diferentes países de los que existen datos los sistemas sanitarios y penitenciarios son distintos. Por otro lado, hay pocos estudios epidemiológicos publicados y algunos se han hecho con muestras pequeñas. Además tienen orígenes diferentes: algunos utilizan individuos penados; otros incluyen preventivos o detenidos, pacientes de consultas psiquiátricas únicamente o población penitenciaria general. Por regla general, se describen las cifras de pacientes con clínica psicótica de cualquier naturaleza y no el proceso esquizofrénico, y los diagnósticos son establecidos por distintos profesionales en cada caso, y no siempre con experiencia clínica.

Para tomar en consideración las cifras de presos con esquizofrenia debemos tener como referencia la prevalencia de esquizofrenia en la población general. Este dato, publicado por los distintos manuales de psiquiatría, es de entre 0,5 y 1% (1). Si comparamos los datos de las diferentes prevalencias de enfermos en prisión en distintos países vemos cifras dispares, pero siempre mayores. Los hemos recogido en la Tabla 1.

TABLA I

Prevalencias de esquizofrenia o enfermedades psicóticas en la población penitenciaria

Autores	País y año	Muestra y método	Resultados
Falissard et al. (2)	Francia, 2006	Muestra aleatorizada de 800 presos varones de 20 centros penitenciarios diferentes. Entrevistas estructurada (MINI) por un psicólogo y entrevista abierta por un psiquiatra y consensuados	6,2% presos con esquizofrenia
Sarlom et al. (3)	Francia, 2012	Realizado en cárceles locales (para condenas por delitos leves) 450 varones condenados aleatorizados y 267 nuevos ingresos.	4% de los recién llegados con esquizofrenia 6,9% de los condenados con esquizofrenia

Autores	País y año	Muestra y método	Resultados
		Misma metodología que Falissard et al.	
Hermann et al. (4)	Australia, 1991	Muestra aleatorizada de 158 hombres y 31 mujeres presos de 3 centros locales (condenas cortas). Entrevista estructurada (SCID)	3% psicosis
Brinded et al. (5)	Nueva Zelanda, 2001	Muestra aleatorizada de todo el país: 4447 hombres condenados, 540 preventivos y 200 mujeres. Entrevista estructurada (CIDI-A, PDQ4)	4,2% mujeres esquizofrénicas 2,2% hombres condenados esquizofrénicos 3,4% hombres preventivos con esquizofrenia
Assady et al. (6)	Irán, 2006	Muestra aleatorizada de una prisión: 351 varones. Entrevista estructurada (SCID-CV, PCL-R)	3,9% psicosis
Andersen (7)	Dinamarca, 2004	Revisión narrativa	Entre 2-4% esquizofrenia
Teplin (8)	EEUU, 1990	Muestra aleatorizada de presos por delitos leves: 627 varones frente a población general estudio ECA. Entrevista estructurada (NIMH-DIS)	2,74% prevalencia puntual de esquizofrenia en presos frente a 0,91% en la población general 3,71% prevalencia vida en presos frente a 1,70% de población general
Fazel et al. (9)	Diferentes países, 2002	Metaanálisis entre 22.790 presos (entre 1966-2001)	3,7% enfermedades psicóticas en varones y 4% en mujeres

Autores	País y año	Muestra y método	Resultados
Fazel et al. (10)	Diferentes países, 2012	Metaanálisis entre 33.588 presos (entre 1966-2010)	3,6% enfermedades psicóticas en varones y 3,9% en mujeres
Senior et al. (11)	Reino Unido, 2013	Muestra aleatorizada de 3492 presos en 6 cárceles diferentes. Entrevista estructurada y entrevista clínica (PriSnQuest, BPRS)	4% psicosis
Brugha et al. (12)	Reino Unido, 2005	Muestra aleatorizada en 131 cárceles, de 3.142 presos frente a 10.108 residentes. Entrevista estructurada (SCAN)	52 casos de esquizofrenia cada 1000 presos frente a 4,5 casos cada 1.000 residentes en la población general
Brooke et al. (13)	Reino Unido, 1996	Muestra aleatorizada en 13 centros, de 750 presos varones preventivos. %44 son adultos. Entrevista semiestructurada por psiquiatra forense	5% psicosis
Bland et al. (14)	Canadá, 1990	Muestra aleatorizada de 180 presos varones condenados a menos de 2 años de prisión frente a 1.006 residentes en Edmonton. Entrevista estructurada (DIS, GHQ)	2,2% esquizofrenia al ingreso y 6 meses después en presos, el doble que en la población general
Iñigo et al. (15)	España, 1999	Descripción de los 267 pacientes de Foncalén (penitenciario psiquiátrico)	74,5% esquizofrenia

Autores	País y año	Muestra y método	Resultados
Marín-Basallote et al. (16)	España, 2012	Descripción prisioneros remitidos a psiquiatra en 3 centros de Cádiz durante 1 año Entrevista clínica abierta por psiquiatra	25,8% esquizofrenia
Arnau-Peiró et al. (17)	España, 2012	Descripción de prisioneros remitidos durante 3 años al psiquiatra. Cárceles de Valencia. Entrevista semiestructurada y consulta de historia clínica por psiquiatra	11,6% esquizofrenia
Ministerio Interior (18)	España, 2006	Muestra aleatorizada de toda la población penitenciaria nacional: 970 presos. Recogida de datos clínicos por estadistas	2,6% de presos con antecedentes psicóticos 3,4% de presos con clínica psicótica durante el ingreso en prisión
Vicens et al. Grupo PRECA (19,20)	España, 2011	Muestra aleatorizada de 5 cárceles: 707 presos varones. Entrevista estructurada (SCID, IPDE)	10,7% prevalencia vida de psicosis

Hallamos datos publicados de estudios en Francia, con un 6,5% de internos con esquizofrenia; en Australia, con cifras de entre 3 y 4% de psicosis; en Irán se han publicado cifras de 3,9% de internos con clínica psicótica; en Dinamarca una revisión encuentra cifras de esquizofrenia entre presos de entre el 2 y el 4%; en Estados Unidos un estudio comparativo frente a población general extraída del estudio ECA halló cifras de 2,74% de prevalencia puntual de esquizofrenia y de 3,71% de prevalencia vida, frente al 0,91% y el 1,70% respectivamente en la población general. De Reino Unido tenemos tres estudios publicados, con cifras de entre 4 y 5% de psicosis. En Canadá, en otro estudio con una muestra pequeña, se documenta un 2,2%

de prevalencia de esquizofrenia. En el año 2002 se publica un metaanálisis sobre el tema. En él se recogen muchos de los estudios anteriores, con datos de diferentes países, y se halla una prevalencia de trastornos psicóticos de 3,7% entre internos varones. El mismo metaanálisis, ampliado 10 años más, da los mismos datos: 3,6%. En el caso de España nos encontramos también con datos de diferentes fuentes, pero con un contexto legal y penitenciario común, que hace más fácil la extrapolación a nuestra consulta. Se publica, por ejemplo, en el año 1999, una descripción muy interesante de la población de Fontcalent, uno de los dos psiquiátricos penitenciarios españoles. De los 267 internos, el 74,5% son individuos con esquizofrenia. También están publicados los perfiles clínicos de los pacientes derivados a la consulta de psiquiatría de los centros penitenciarios de la provincia de Cádiz y Comunidad Valenciana: las cifras de enfermos con esquizofrenia en la consulta es de 25,8% y 11,6% respectivamente. En el año 2006 Instituciones Penitenciarias publica un estudio sobre cuántos pacientes psiquiátricos existen en las cárceles españolas. Revisa a los 54.831 internos que dependen del Ministerio de Interior (excluye los psiquiátricos penitenciarios y los centros catalanes) y encuentran cifras del 2,6% de internos con antecedentes de brote psicótico previo a su ingreso en el centro, y de 3,4% de internos con clínica psicótica durante el ingreso. Este estudio sirve para poner en marcha un programa que pretende estructurar la atención de los presos con patología psiquiátrica, el Programa PAIEM de Atención Integral al Enfermo Mental, implementado en los centros varios años después. Incluye la atención sanitaria, no especializada, que es común en los centros, donde los médicos generales dependen del Ministerio de Interior y son funcionarios de prisiones. Por último, un grupo de trabajo español sobre salud mental en prisiones (Grupo PRECA) publica en el año 2011 un estudio en el que se estima la prevalencia vida de sufrir trastornos psicóticos en una muestra de internos en prisión de cinco cárceles españolas, con un total de 707 reclusos, encontrándose cifras del 10,7%.

En general, vemos que pese a lo diverso de estas cifras, la prevalencia de esquizofrenia entre internos en centros penitenciarios es, en el mejor de los casos, entre un 2 y un 4%; como mínimo, el doble que en la población general.

Características del paciente con esquizofrenia en prisión

En Estados Unidos, en el año 2012, Hawthorne y varios autores más publican un estudio sobre el encarcelamiento de pacientes psiquiátricos en el que evalúan a los 39.463 pacientes psiquiátricos asistidos el año anterior en la sanidad pública del condado de San Diego. Quieren saber cuántos de ellos ingresan en prisión. Las tasas de encarcelamiento halladas en esta muestra son muy altas: el 11,5% de los individuos consultados ingresaban en prisión (para valorar este dato podemos tener

en cuenta, por ejemplo, las publicaciones del Ministerio de Interior español sobre población penitenciaria en su página web www.institucionpenitenciaria.es: la tasa de encarcelamiento en la población general en España se puede calcular con sus cifras y está alrededor de 150 individuos por cada 100.000 habitantes).

Pero además, al estudiar si existen características comunes en este grupo de pacientes, los autores concluyen lo siguiente: los pacientes psiquiátricos que tienen ingresos previos en prisión en el año anterior tienen también diez veces más probabilidades de ser encarcelados de nuevo. Los pacientes con patología adictiva comórbida al trastorno psiquiátrico presentan cinco veces mayor probabilidad de ser encarcelados. Los pacientes sin domicilio ni recursos económicos tienen el doble de probabilidad de ser encarcelados. Los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia u otras psicosis también son encarcelados con el doble de probabilidad que aquellos con otros diagnósticos. Además, los pacientes varones entre 18 y 29 años son los más frecuentemente encarcelados, y aquellos que no tienen seguro médico (21). Este estudio, por tanto, describe un perfil de paciente psiquiátrico más frecuentemente encarcelado que el resto, y que sería un varón joven, psicótico, con comorbilidad adictiva, sin recursos económicos, con mal seguimiento médico y reincidente.

Algunos de estos factores son comunes a la población general penitenciaria, y se presentan frecuentemente entre individuos encarcelados. En concreto, los factores sociodemográficos y la existencia de patología adictiva. Así lo reflejan los datos publicados por el Ministerio de Interior español sobre población penitenciaria (22-23).

Si nos centramos en las psicosis, y revisamos las características del paciente con esquizofrenia “que comete delitos graves o tiene comportamientos violentos” en fuentes diferentes (estudios con muestras de servicios jurídicos e individuos peritados; estudios de pacientes condenados a internamiento penitenciario tras la comisión de un delito; y estudios de servicios de agudos o de urgencias con pacientes con comportamientos violentos) podemos hacernos una idea de este perfil. Vemos tres factores en la relación entre esquizofrenia y delito y/o violencia que se repite en los diferentes estudios: el principal y más estudiado es la comorbilidad entre esquizofrenia y el consumo de drogas; en segundo lugar, la mala adherencia terapéutica; y por último los síntomas psicóticos.

a) El trastorno por usos de sustancias comórbido a esquizofrenia

En la relación entre esquizofrenia y la comisión de delitos o actos violentos, el factor más estudiado y con más publicaciones es el trastorno por uso de sustancias comórbido. El consumo de drogas entre pacientes con esquizofrenia y otras enfermedades mentales graves como predisposición a cometer actos violentos y/o delitos tiene numerosas referencias bibliográficas.

Munetz, en 2001, revisó 30 pacientes con trastorno mental grave ingresados en un centro penitenciario local en Estados Unidos. Quiso estudiar la relación entre el delito y el consumo de drogas en este tipo de pacientes. La mayoría de ellos tenía un diagnóstico de esquizofrenia, y, de ellos, el 80% tenía antecedentes de consumo de drogas. Además, el 70% estaba consumiendo de forma activa en el momento de la comisión del delito y 2/3 de los delitos cometidos estaban directamente relacionados con el consumo o la obtención de droga, siendo delitos leves. Se trata en este estudio de la tipología delictiva del adicto, con delitos contra la propiedad o menudeo (24). Beck, en 2004, encuentra cifras similares entre 90 enfermos psiquiátricos, esta vez evaluados tras la comisión de un acto violento grave (se trata en este estudio de homicidios, asaltos y lesiones con armas, incendios provocados y violencia sexual). En esta ocasión, el contexto del estudio es sanitario; el momento de la hospitalización, y la práctica totalidad de los pacientes tienen un diagnóstico de enfermedad psicótica. El resultado es que el 83,6% de los evaluados tras la conducta violenta consumen drogas activamente, y el hecho de estar descompensados a nivel psicótico no es relevante en la comisión de actos violentos (25). La conclusión de ambos autores es la misma: los actos violentos en pacientes psiquiátricos raramente ocurren cuando no existe consumo de drogas. Además, estas publicaciones nos ofrecen otro dato interesante: las cifras de consumidores entre los individuos con esquizofrenia violentos o ingresados en prisión es muy alta en ambos estudios. Hablamos de entre el 70 y el 80%. Podemos relacionar esta cifra con el estudio ECA. En él nos dan cifras de individuos con esquizofrenia en la población general que además son consumidores de drogas o alcohol mucho menores: 47% (26). También con las cifras de pacientes con trastornos por consumo de drogas del estudio CATIE, el 37% (27).

En Finlandia, Eronen y sus colaboradores estudiaron en el año 1996 los homicidios perpetrados psiquiátricamente a lo largo de los 12 años anteriores. Se trataba de 1.423 arrestados, de los cuales 93 estaban afectados de esquizofrenia. El objeto de esta revisión era valorar el riesgo de cometer homicidio de los pacientes esquizofrénicos comparándolo con la población general. Además, contemplaban el riesgo existente en caso de que existiera consumo de alcohol comórbido. Las cifras de este estudio arrojaron un riesgo homicida entre pacientes diagnosticados de esquizofrenia 10 veces superior a la población general; el riesgo era 17 veces mayor para pacientes esquizofrénicos con consumo de alcohol asociado y 80 veces superior en mujeres en la misma situación (28). En otro estudio finlandés del año 2004, Putkonen y sus colaboradores estudiaron 90 individuos con trastorno mental grave que habían cometido un homicidio. El 78% tenían esquizofrenia y el resto un diagnóstico de trastorno esquizoafectivo u otras psicosis. El objeto del estudio era ver qué características respecto al consumo de drogas o los rasgos de personalidad compartían los homicidas. El diagnóstico de patología dual en esta muestra era muy alto: el 74%

tenía criterios de trastorno por uso de sustancias en algún momento de la vida, y el 72% dependencia de alcohol. También aparecía un tercer factor: el 47% presentaba criterios de trastorno de personalidad antisocial. En su conclusión, el autor subrayaba que el 75% de los homicidas presentaba patología dual, y que sólo un 25% presentaría una enfermedad mental grave pura (29).

En el año 1998 Räsänen publicó un seguimiento durante 27 años a una cohorte de 11.017 individuos nacidos en el norte de Finlandia. El objetivo del estudio era valorar el riesgo de cometer actos violentos en caso de sufrir una enfermedad mental grave, y si existían diferencias en caso de concurrir alcoholismo. Räsänen y sus colaboradores encontraron que los pacientes varones con esquizofrenia presentaban 3,6 veces más probabilidad de cometer actos violentos que los individuos sin enfermedad, pero que entre aquellos individuos en los que coexistía la esquizofrenia y el consumo de alcohol la probabilidad era 25 veces mayor que en sanos (30).

Con la muestra del estudio ECA (10.059 pacientes esquizofrénicos), Swanson relacionó la conducta violenta y el trastorno psíquico y éstos con el trastorno por uso de sustancias en un estudio publicado en el año 2006. Observó que el 8% de los pacientes esquizofrénicos tenía comportamientos violentos, comparado con el 2% de la población general; si existía un trastorno por uso de sustancias comórbido, la probabilidad era de un 30% (31).

No todos los estudios presentan resultados similares. En Estados Unidos se hizo un seguimiento a 30.000 individuos, en el marco de una encuesta nacional sobre patología adictiva. Elbogen y Johnson, en 2009, usaron esa muestra para estudiar la relación entre enfermedad mental grave y violencia. El 10,98% de los pacientes de la muestra tenían una enfermedad mental única y el 9,4% eran pacientes con patología dual. Al estudiar a estos pacientes y comparar los datos con los de la muestra amplia de la población general, la conclusión era que la enfermedad mental por sí sola no era causa de violencia ni era capaz de predecirla; habían de darse otros factores asociados, como consumo de drogas o estrés ambiental (32). La situación en España respecto a la comorbilidad de los pacientes esquizofrénicos que cometen delitos o actos violentos es desconocida, pues no existen estudios sobre esta cuestión en particular, si bien es cierto que en la descripción de la muestra del psiquiátrico penitenciario de Foncalent, con casi el 75% diagnosticado de esquizofrenia, también existe un 82% de consumidores de alcohol y 54% de fumadores de cannabis (15).

b) La falta de adherencia al tratamiento

La falta de adherencia al tratamiento es el segundo factor descrito: no tener acceso o incumplir el tratamiento relaciona comportamiento violento o el cumplimiento de condena con la enfermedad esquizofrénica. Y este factor se relaciona direc-

tamente con el primero, dado que en los casos de esquizofrenia dual (esquizofrenia y trastorno por uso de sustancias) existe con mayor probabilidad una tendencia a la falta tanto de cumplimiento de las visitas al médico como de la toma de tratamiento farmacológico (33). El trastorno por uso de sustancias no sólo hace que el cumplimiento del tratamiento sea irregular, sino que empeora también la respuesta de los síntomas psicóticos a los fármacos, y así los pacientes con esquizofrenia dual tienen mayores probabilidades de ser diagnosticados de esquizofrenia resistente al tratamiento (34).

Investigando la relación existente entre abandono de medicación en enfermos psiquiátricos, la mayoría con diagnóstico de esquizofrenia, y la posibilidad de ser arrestado, Bonum y colaboradores en el año 1997 escribieron un artículo en el que concluían que ni el trastorno por uso de sustancias sólo ni el abandono de medicación por sí mismo eran capaces de predecir el comportamiento violento de un paciente con trastorno mental grave, pero sí lo hacía en un alto porcentaje la combinación de las dos. Este artículo lo encontramos entre las referencias usadas en los libros sobre violencia y delitos entre enfermos psiquiátricos (33).

c) Relación entre violencia y síntomas de esquizofrenia

Además de los dos factores descritos hasta aquí, podemos encontrar en la literatura referencias a un tercer factor, controvertido y poco estudiado en comparación con el consumo de drogas: la vinculación de los actos violentos con los síntomas propios de la enfermedad esquizofrénica. Se describe, sobre todo en los libros de texto, un grupo de delitos, poco frecuentes, que están relacionados con la sintomatología positiva de la esquizofrenia; en concreto con la ideación delirante y las alucinaciones auditivas de carácter imperativo. Estos delitos se consideran poco frecuentes sin trastorno por uso de sustancias comórbido, y son perpetrados en el medio cercano al paciente (33, 35-37).

La mayoría de los pacientes con esquizofrenia que cometen actos violentos en relación con su psicopatología lo hacen en los momentos iniciales de su enfermedad. Muchos pacientes esquizofrénicos presentan en la evolución un menor correlato afectivo y comportamental en relación con la sintomatología tanto delirante como alucinatoria. Además, existen más probabilidades de que el paciente esté sin tratar o que el medio más cercano tenga poca información respecto a la naturaleza de la enfermedad o qué hacer en caso de alteraciones de comportamiento. Se observa también que esta relación entre delito y síntomas psicóticos productivos suele determinar la violencia ocurrida inmediatamente antes o al inicio de un ingreso hospitalario (en situación de descompensación aguda). En cambio, la violencia ocurrida tras el alta se relaciona característicamente con factores de personalidad del paciente, y no con síntomas psicóticos (33, 35).

Algunos libros de texto tipifican el delito cometido por el enfermo esquizofrénico en razón de su sintomatología, señalando delitos incomprensibles, aparentemente inmotivados, ajenos a la historia del individuo (como ajena a su biografía es la idea delirante), sin fin instrumental y tras el cual el paciente adopta también una conducta desviada, pues no lo oculta (37).

DISCUSIÓN

Nuestra opinión, tras una experiencia de aproximadamente 10 años al frente de la consulta de psiquiatría en un centro penitenciario, es que en la relación entre enfermedad mental grave, delito y medida judicial de internamiento falta un conocimiento profundo sobre cuál es la situación actual y un plan consensuado y común en todas las regiones de qué hacer con los individuos que, teniendo un trastorno mental grave, cometen un delito. Nos parece que esta situación se refleja en la escasa cantidad de estudios publicados hasta la fecha sobre la enfermedad mental entre presos. Existen pocos artículos y muy heterogéneos, con muestras recogidas de diferentes fuentes y metodologías distintas. Y esta heterogeneidad hace difícil la discusión de los resultados.

En cuanto al número de presos con enfermedad mental grave, aún con muestras diversas, las cifras son claramente más altas que en la población general, sin resultados discordantes. La prevalencia de esquizofrenia entre internos en centros penitenciarios es, en el mejor de los casos, entre un 2 y un 4% (como mínimo, el doble que en la población general). Las diferencias entre unos estudios y otros se deben a diferencias técnicas y metodológicas, indudablemente, pero en estas cifras influye también la organización de los diferentes sistemas sanitarios, que deciden cómo son las prestaciones a los pacientes con esquizofrenia, a quién tratan y cómo, y a la organización del sistema judicial y penitenciario, que decide qué tratamiento merecen los delitos cometidos por los pacientes con minusvalías. En el caso de Estados Unidos se discuten de forma explícita estos datos en diferentes textos académicos. Según diversos autores, el número de pacientes psiquiátricos en prisión ha ido incrementándose paulatinamente desde los años 50, y en parte debido a la política de desinstitucionalización psiquiátrica, que dejó sin alternativa a muchos pacientes con trastorno mental grave. Estos pacientes simplemente cambiaron la institución sanitaria por una penitenciaria (20).

En esta serie de estudios encontramos datos que confirman que la relación entre violencia y/o delito y el consumo de drogas entre pacientes esquizofrénicos es muy clara. No parecen existir dudas en este sentido. La probabilidad de que un paciente con esquizofrenia y patología dual cometa un delito, generalmente leve, es francamente alta. Habría que plantearse quizá si los pacientes con trastornos menta-

les graves y trastornos adictivos comórbidos están siendo adecuadamente atendidos en la comunidad, o si debemos estudiar cuáles son sus necesidades y discutir qué alternativas podemos darles.

Algunos estudios también sugieren que podría existir una mayor probabilidad entre los pacientes con esquizofrenia, comparándolos con la población general, de cometer delitos, aunque las cifras serían moderadas. Otros, en cambio, lo niegan. Creemos que no existen suficientes datos para formular una conclusión, puesto que los estudios sobre las características clínicas de los enfermos mentales convictos son pocos, prácticamente todos realizados en países escandinavos y antiguos. En los años transcurridos hasta la actualidad han podido cambiar en otros países. Esta cuestión es muy controvertida, pues podría incrementar el estigma de la enfermedad esquizofrénica, y creemos que requiere estudios con muestras más amplias y actualizadas.

En todo caso, dado que la enfermedad mental grave es en muchos casos causa de inimputabilidad, y que en nuestra opinión requiere asistencia psiquiátrica siempre, es necesario conocer la realidad de los pacientes ingresados en centros penitenciarios y estudiar los delitos cometidos por estos enfermos, así como su tratamiento penitenciario, sin caer en reduccionismos. Creemos necesario conocer cuántos enfermos mentales graves se institucionalizan en la administración penitenciaria y cómo son con el fin de estudiar medidas orientadas a su mejor atención.

CONCLUSIÓN

En resumen, existe un mayor número de individuos con esquizofrenia entre la población penitenciaria que en la población general. Las cifras de prevalencia en los centros penitenciarios comparadas con la población general son significativamente más altas en todos los casos. Y además esto es así en diferentes países, que organizan de un modo muy distinto sus sistemas sanitarios y judiciales-penitenciarios. Las razones de estas cifras pueden estar en un incremento de la delincuencia entre los enfermos psicóticos, cuestión muy controvertida tanto porque las conclusiones de los autores son distintas entre sí como por el impacto que esto supondría en la estigmatización de la enfermedad. También puede ser debido a una desviación de los pacientes con esquizofrenia desde los servicios sociosanitarios a los penitenciarios. Esta situación, en nuestra opinión, significaría un mal abordaje de la enfermedad mental grave por parte de los servicios sanitarios y también de la sociedad en general.

Por otra parte, el perfil del paciente esquizofrénico que cumple condena en un centro penitenciario es algo diferente al del medio comunitario: se trata más frecuentemente de un varón, tiene una menor adherencia al tratamiento y con mucha probabilidad es consumidor de drogas.

La situación de los enfermos mentales graves tras la comisión de un delito está sin resolver a día de hoy, pese a la iniciativa del año 2006 de Instituciones Penitenciarias con el programa PAIEM. Creemos que hace falta discutir este tema, no sólo desde el medio penitenciario, sino también desde la psiquiatría comunitaria y las asociaciones de pacientes, con el fin de decidir dónde deben estar los pacientes que son condenados, cuál debe ser el abordaje de su patología psiquiátrica y unificar criterios en todas las Comunidades Autónomas.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Centeno M, Pino O, Rojo JE. Esquizofrenia. En: Vallejo J, editor. *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Barcelona: Masson, 2006;447-469.
- (2) Falissard B, Loze JY, Gasquet I, Duburc A, de Beaurepaire C, Fagnani F et al. Prevalence of mental disorders in french prisons for men. *BMC Psychiatry* 2006;21:6-23.
- (3) Sarlon E, Duburcq A, Neveu X, Morvan-Duru E, Tremblay R, Rouillon F, et al. Imprisonment, alcohol dependence and risk of delusional disorder: A cross-sectional study” *Rev Epidemiol Sante Publique* 2012;60:197-203.
- (4) Herrman H, McGorry P, Mills J, Singh B. Hidden severe psychiatry morbidity in sentenced prisoners: an Australian study. *Am J Psychiatry* 1991;148:236-239.
- (5) Brinded P, Simpson A, Laidlaw T, Fairley N, Malcolm F. Prevalence of psychiatric disorders in New Zealand prisons: a national study. *Aust N Z J Psychiatry* 2001;35:166-173.
- (6) Assadi SM, Noroozian M, Pakravannejad M, Yahyazadeh O, Aghayan S, Shariat SV et al. Psychiatric morbidity among sentenced prisoners: prevalence study in Iran. *B J Psychiatry* 2006;188:159-164.
- (7) Andersen HS. Mental health in prison population. A review with special emphasis on a study of Danish prisoners on remand. *Acta Psychiatr Scand* 2004;110(Suppl.424):159-164.
- (8) Teplin L. The prevalence of severe mental disorders among urban jail detainees: comparison with the Epidemiologic Catchment Area Program. *Am J Public Health* 1990;80:663-669.
- (9) Fazel S, Danesh J. Serious mental disorder in 23.000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *Lancet* 2002;359:545-550.
- (10) Fazel S, Seewald K. Severe mental illness in 33.588 prisoners worldwide: systematic and meta-regression analysis. *B J Psychiatry* 2012;200: 364-373.
- (11) Senior J, Birmingham L, Harty MA, Hassan L, Hayes AJ, Kendall K. Identification and management of prisoners with severe psychiatric illness by specialist mental health services. *Psychol Med* 2013;43: 1511-1520.

- (12) Brugha T, Singleton N, Meltzer H, Bebbington P, Farrell M, Jenkins R et al. Psychoses in the Community and in Prison: A Report From the British National Survey of Psychiatric Morbidity. *Am J Psychiatry* 2005;162:774-780.
- (13) Brooke D, Taylor C, Gunn J, Maden A. Prevalence of mental disorder in convicted male prisoners in England and Wales. *BMJ* 1996;313:1524-1527.
- (14) Bland RC, Newman SC, Dyck RJ, Orn H. Prevalence of psychiatric disorders and suicide attempts in a prison population. *Can J Psychiatry* 1990;35:407-413.
- (15) Iñigo C, Pérez-Cárceles M, Osuna E, Cabrero, Luna A. Perfil clínico y delictivo de los enfermos ingresados en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante. *Rev Esp Sanid Penit* 1999;2:25-31.
- (16) Marin-Basallote N, Navarro-Repiso C. Estudio de prevalencia de trastorno mental grave (TMG) en CCPP Puerto I, II y III del Puerto de Santa María (Cádiz): nuevas estrategias en la asistencia psiquiátrica en CCPP. *Rev Esp Sanid Penit* 2012;14:80-85.
- (17) Arnau-Peiró F, García-Guerrero J, Herrero-Matías A, Castellano-Cervera JC, Vera-Remartínez EJ, Jorge-Vidal V et al. Descripción de la consulta psiquiátrica en centros penitenciarios de la Comunidad Valenciana. *Rev Esp Sanid Penit* 2012;14:50-61.
- (18) Instituciones Penitenciarias. Estrategia global de actuación en Salud Mental. Dirección General de Instituciones Penitenciarias. Ministerio de Interior. En: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/boletinAgencia/boletin10/estudio_saludMental_medio_penitenciario.pdf
- (19) Grupo PRECA. Aproximación a la Metodología para el estudio de los Trastorno mentales en población penitenciaria. El estudio PreCa. *Rev Esp Sanid Penit* 2009;11;:17-25.
- (20) Vicens E, Tort V, Dueñas RM, Muro A, Pérez-Arnau F, Arroyo JM et al. The prevalence of mental disorders in Spanish prisons. *Crim Behav Ment Health* 2011;21:321-332.
- (21) Hawthorne WB, Folsom DP, Sommerfeld DH, Lanouette Nm, Lewis M, Aarons GA et al. Incarceration among adults who are in the public mental health system: rates, risk factors and short-term outcomes. *Psychiatr Serv* 2012;63:26-32.
- (22) En:http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/publicaciones/Informe_General_2012_acc_Web.pdf
- (23) En:http://institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/publicaciones/Evaluacion_del_Riesgo_de_reincidencia_delictiva_acc.pdf
- (24) Munetz MR, Grande TP, Chambers MR. The incarceration of individuals with severe mental disorder. *Community Mental Health Journal* 2001;37:361-372
- (25) Beck JC. Delusions, substance abuse and serious violence. *J Am Acad Psychiatry Law* 2004;32:169-172
- (26) Jiménez-Castro L, Raventós-Vorst H, Escamilla M. Esquizofrenia y trastorno en el consumo de sustancias: prevalencia y características sociodemográficas en la población Latina. *Actas Esp Psiquiatr* 2011;39:123-130.
- (27) Swartz MS, Wagner HR, Swanson JW, Stroup TS, McEvoy JP, Canive JM et al. Consumo de drogas en personas con esquizofrenia Prevalencia basal y correlaciones con el estudio NIMH CATIE. *RET: Revista de toxicomanías y salud mental*, 2008;54:18-28.

- (28) Eronen M, Tiihonen J, Hakola P. Schizophrenia and homicidal behavior. *Schizophrenia Bull* 1996;22:83-89.
- (29) Putkonen A, Kotilainen I, Joyal C, Tiihonen J. Comorbid personality disorders and substance use disorders of mentally ill homicide offenders: a structured clinical study on dual and triple diagnoses. *Schizophrenia Bull* 2004;30:59-72.
- (30) Räsänen P, Tiihonen J, Isohani M, Rantakallio P, Lehtonen J, Moring J. Schizophrenia, alcohol abuse and violent behavior: a 26-year followup study of an unselect birth cohort. *Schizophrenia Bull* 1998;24:437-441.
- (31) En: Vicens E. violencia y enfermedad mental. *Rev Esp Sanid Penit* 2006;8:95-99.
- (32) Elbogen E, Johnson S. The intricate link between violence and mental disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2009;66:152-161.
- (33) Boom JD, Wilson WH. Offenders with schizophrenia. En: Hodgins S, Müller-Isberner R, editors. *Violence, Crime and Mentally Disordered Offenders*. Chichester: Willey, 2008;113-130.
- (34) Seivewright N, Rele R, Kamal F. Estrategias terapéuticas en patología dual. En: Mortimer A, McKenna P editors. *The Year in Schizophrenia 2010*. Oxford: Atlas medical publishing, 2010;1-16.
- (35) Walsh E, Buchanan A, Fahy T. Violence and schizophrenia: examining the evidence. *B J Psychiatry* 2002;180:490-495.
- (36) Arechederra JJ. Aspectos legales y criminológicos en el paciente esquizofrénico. En: Saiz J, editor. *Esquizofrenia: enfermedad del cerebro y reto social*. Barcelona: Masson, 1999;231-259.
- (37) Ceverino A. Aspectos médico-legales en las psicosis esquizofrénicas. En: Chinchilla A, editor. *Las esquizofrenias. Sus hechos y valores clínicos y terapéuticos*. Barcelona: Masson, 2007;561-571