

Alternativas al encarcelamiento de las personas con problemas de salud mental: experiencias internacionales

Alternatives to incarceration for people with mental health problems: international experiences

ENRIQUE PÉREZ MARTÍNEZ^a, MARIANO HERNÁNDEZ MONSALVE^b

a) Psiquiatra. Jefe de Sección de Psiquiatría del Hospital General Universitario Dr. Balmis. Consultor Psiquiatría CP Alicante I y II.

b) Psiquiatra. Madrid.

Correspondencia: Mariano Hernández Monsalve (hergoico@gmail.com)

Recibido: 09/03/2022 ; aceptado: 29/04/2022

Resumen: Partiendo de la realidad de la plétora de personas con trastorno mental que pueblan las cárceles de países occidentales, la precaria atención clínica que reciben y el consiguiente efecto negativo que la estancia en prisión tiene para su porvenir, abordamos en este artículo los datos más relevantes de la relación entre delito y trastorno mental, y revisamos las experiencias más actuales en lo que se refiere a medidas alternativas a la prisión para personas con trastorno mental. Entre todas ellas nos ocupamos de revisar la experiencia de los tribunales especializados en EE. UU. que, desde la perspectiva de la Justicia Terapéutica, ofrecen programas alternativos a la prisión, con el objetivo de buscar una oportunidad para la recuperación de los pacientes.

Palabras clave: centros penitenciarios, políticas penitenciarias, enfermedad mental, trastorno mental grave, juzgados específicos.

Abstract: Starting from the reality of the plethora of people with mental disorders that populate the prisons of Western countries, the precarious clinical care they receive,

and the consequent negative effects that the stay in prison have on their future, in this article we review the most relevant aspects of the relationship between crime and mental disorder, and the newest experiences regarding alternative measures to prison for people with mental disorders. Among all of them, we examine the experience of specialized courts in the US, which, from the perspective of Therapeutic Justice, offer alternative programs to prison, aiming at offering an opportunity for the recovery of patients.

Key words: prisons, prison policies, mental disorder, severe mental disorder, mental health courts.

LA DESPROPORCIONADA ENTRADA DE ENFERMOS MENTALES en prisión es de tal magnitud (1) que ha desbordado los cauces profesionales, jurídicos y psiquiátricos, así como la capacidad de respuesta de los servicios de Instituciones Penitenciarias, para pasar a ocupar portadas y relevantes artículos de opinión en la prensa internacional y entrar en la actualidad en espacios de debate parlamentario y políticos (2).

En EE. UU., cada año, cerca de 700.000 personas con trastorno mental grave (TMG) son ingresadas en centros penitenciarios, de modo que entre el 10-15% de los reclusos padecen un TMG, lo cual supone unas tasas mucho mayores en esta población comparadas con las que encontramos en la población general (1-3%). Si añadimos a las personas con trastornos de personalidad y trastornos por uso de sustancias (TUS), los porcentajes son mucho mayores. Y estas cifras son similares en todo el mundo occidental, oscilando alrededor del 25% (3).

En España, al menos el 29% de las personas reclusas padecen enfermedades mentales (4) y el 30% de los internos tienen prescritos psicofármacos (5). Todos estos datos confirman lo que se conoce como “criminalización de la enfermedad mental”, a la que, de forma muy gráfica, el director de la National Alliance on Mental Illness (NAMI) se refería afirmando que “ser un enfermo mental hoy en América significa que algún día serás arrestado”.

Si revisamos la literatura, vemos que la prevalencia de los diversos trastornos psiquiátricos varía de unos estudios a otros, posiblemente por diferencias muestrales y metodológicas, pero todos ellos apuntan a un incremento de los TMG en los últimos años: del 17% en 2004 al 28% en 2011 (6).

La excesiva representación de enfermos mentales en prisiones se mantiene incluso cuando los análisis se ajustan corrigiendo las diferencias entre la población general y la penitenciaria teniendo en cuenta los antecedentes (7).

Una hipótesis frecuentemente señalada es que el cierre de los hospitales psiquiátricos favoreció el paso de los enfermos mentales a las prisiones, al encontrarse estos sin los servicios comunitarios que permitieran su engarce en la comunidad. Es la hipótesis de la “transinstitucionalización”, que ya Foucault parecía intuir cuando se planteaba que, si una sociedad liberaba de su encierro a los locos, ¿no significará esto que la prisión ocupará el espacio vacío dejado por el manicomio? (8). Sin embargo, muchos estudios comprobaron que no hubo una gran transferencia de sujetos desde los hospitales psiquiátricos a las prisiones y que las características demográficas y clínicas no son similares entre los sujetos previamente hospitalizados en psiquiátricos y los enfermos mentales que encontramos en prisiones. Quizás una pequeña parte del último incremento de enfermos mentales en prisión, menor del 20%, se pueda atribuir a sujetos que previamente se habían tratado en hospitales psiquiátricos (9).

Una segunda posibilidad es que los enfermos mentales presenten arrestos de repetición por causar molestias o por estar en situación de calle debido a sus alteraciones mentales no tratadas, por lo que acumulan antecedentes delictivos, lo que aumenta la probabilidad de ser detenidos en el futuro por nuevos delitos menores. Como luego veremos, la enfermedad mental no tiene un peso significativo en la aparición de graves conductas delictivas.

Otra hipótesis es que los enfermos mentales sean arrestados y procesados por problemas relacionados con un TUS, que muchos de ellos presentan, facilitando la comisión de delitos de bajo nivel asociados a las drogas o bien porque se relacionan con sujetos que pueden intervenir en otras conductas criminales. Además, reciben sentencias más duras que otros convictos por cargos similares (9).

Hay autores que señalan que es la falta de acceso a un tratamiento efectivo de salud mental en la comunidad lo que produce una exacerbación de los síntomas y complicaciones que acabarán en un arresto. La evidencia disponible que apoya esta posibilidad es muy débil, pues sabemos que menos del 20% de los crímenes cometidos por enfermos mentales están precedidos por un empeoramiento de su sintomatología (9).

Una quinta propuesta es que la capacidad de detección de la enfermedad mental en prisión ha mejorado y por ello los datos parecen aumentar. Esta explicación puede ser parcialmente cierta, pero no coincide con el hecho de que los estudios epidemiológicos previos a 1990 no detectaban datos de TMG en población penitenciaria superiores a los de la población general (10).

Un factor no causal pero que sí ayudaría al mantenimiento de altas tasas de enfermos en prisión es que, una vez que los enfermos mentales ingresan en las cárceles, las propias dinámicas del sistema judicial contribuyen a sus altas tasas de prevalencia, en cuanto que reciben condenas más largas que otros internos por los mismos

delitos, tienen menos posibilidades de salir en tercer grado, tienen más riesgo de verse envueltos en agresiones durante el ingreso, especialmente como víctimas de las mismas, y menos probabilidades de salir en libertad condicional en fases tempranas, por lo que acaban cumpliendo sus condenas íntegras y en caso de salir en libertad presentan más riesgo de retornar a prisión (3,9).

Reducir las tasas de enfermos mentales en prisión es un objetivo humanitario irrenunciable por varios motivos (3,9):

- El tratamiento de salud mental que se pueda ofrecer en prisión, incluso en el mejor de los casos posibles, será siempre inadecuado, pues tiene lugar en un contexto antiterapéutico por definición.
- El ambiente carcelario contribuye de manera significativa al deterioro de la persona con patología psiquiátrica.
- El aislamiento penitenciario es especialmente dañino y los enfermos mentales acceden al mismo fácilmente, al verse envueltos en peleas o presentar alteraciones conductuales.
- Los enfermos mentales tienen más riesgo de ser víctimas de abusos y están menos capacitados para protegerse que el resto de los internos.

Todas estas circunstancias se han visto recientemente muy reforzadas por la resolución de Naciones Unidas al aprobar en su 70ª Sesión las llamadas “Reglas Nelson Mandela” en diciembre de 2015 (11). La regla 109 dice: “1. No deberán permanecer en prisión las personas a quienes no se considere penalmente responsables o a quienes se diagnostique una discapacidad o enfermedad mental grave, cuyo estado pudiera agravarse en prisión, y se procurará trasladar a esas personas a centros de salud mental lo antes posible”.

¿CUÁLES SON LAS RELACIONES ENTRE ENFERMEDAD MENTAL, VIOLENCIA Y CRIMEN?

Es una relación compleja y bidireccional, pues, si bien nos interesamos en estos momentos por las personas con padecimientos mentales y portadoras de diagnósticos psiquiátricos que son autoras de violencia, no podemos obviar que las personas que padecen trastorno mental son víctimas, y no autoras, de la violencia ajena en una proporción mucho mayor (tienen entre dos y cuatros veces mayor probabilidad de ser víctimas que perpetradores de violencia) (12). Este asunto está recibiendo cada vez mayor atención (13,14) y merece un estudio diferenciado que no podemos abordar en el presente artículo.

Más allá de la asociación proporcionada por años de sesgo de prejuicio y estigma, la relación entre enfermedad mental y delito, violencia y criminalidad, es una relación débil e indirecta: la mayor parte de las personas con algún tipo de trastorno

mental grave no cometen ningún delito en su vida y la mayor parte de los delitos, incluidos los más graves, son cometidos por personas que no padecen trastornos mentales, de modo que la contribución de la enfermedad mental a la criminalidad es muy baja, exigua en palabras de algunos expertos (3). A su vez, la mayor parte de los delitos cometidos por personas con enfermedad mental son leves y se producen con notable frecuencia en el contexto familiar.

Para explorar esta relación entre delito—criminalidad y trastorno mental se han seguido distintos tipos de abordaje (15), que resumimos a continuación:

En la segunda mitad del siglo XX se desplegaron, especialmente en los países nórdicos, estudios de seguimiento de cohortes de población desde el nacimiento con registro de patología mental (hospitalización psiquiátrica) y de conductas delictivas (16) durante largos periodos, de 26 años (17), 30 años (18) y 43 años (19). Estos estudios encuentran que quienes requirieron hospitalización psiquiátrica en alguna ocasión acumulaban más conductas delictivas que el resto de población, sobre todo en caso de hombres con abuso de alcohol o drogas, trastorno disocial de la personalidad y discapacidad intelectual.

Cuando en otros estudios longitudinales se registró en particular la presencia de conductas delictivas en personas con diagnóstico de TMG, con seguimiento tras el alta del hospital (en población sueca, 17 años de seguimiento de 644 pacientes), encontraron que los delitos leves fueron cuatro veces más frecuentes que en la población general, sin apenas delitos graves, que se registraron con una frecuencia calificada de irrelevante (20). Y en el seguimiento de otros 1056 pacientes durante 10 años, se encontraron 11 casos de violencia grave frente a personas (21).

Fuera de Europa, el estudio más relevante fue el de MacArthur, que evaluaba la presencia de conductas violentas, cada 10 semanas, tras la salida del hospital, encontrando aumento de conductas violentas en las 20 semanas siguientes al alta, que sucedió casi exclusivamente en pacientes que abusaron de alcohol o drogas. Sí que se encontraron diferencias con el resto de la población en el seguimiento de un año (22).

También es relevante el estudio naturalístico, con tasas mínimas de delitos (3 pacientes de 1000 cometieron algún tipo de violencia, a lo largo de 5 años, después de ser dados de alta, tras años de hospitalización por supuesta peligrosidad). Fue una decisión tomada por la Corte Suprema tras el juicio Baxstrom vs. Herold, en el que un paciente denunció por ingreso prolongado improcedente, en 1966 (3).

En un estudio reciente realizado en Vizcaya, la población que estaba siendo atendida por primeros episodios psicóticos presentó a lo largo del periodo de seguimiento de 7 años una tasa de conducta violenta /delictiva /criminal menor que la presentada por la población general (23).

Uno de los estudios recientes más relevantes sobre esta cuestión (24), de amplia revisión de población con diversos diagnósticos psiquiátricos, encontró que

la población con diagnóstico presenta más conductas violentas que la población sin diagnóstico (con incidencia variable entre menos del 5% y 10%; más del 10% en caso de abuso de sustancias en seguimiento 5-10 años), siendo los aspectos más potentes en cuanto a predicción de riesgo de criminalidad el haber presentado criminalidad previa y el abuso de sustancias comórbido. Un segundo estudio de seguimiento y metaanálisis, realizado sobre 51.309 sujetos entre 20 y 54 años, residentes en 15 países distintos, durante 35 años, encontró que, aun con resultados heterogéneos, la perpetración de violencia (menos de 1 de cada 4 hombres y menos de 1 de cada 20 mujeres) puede ser un objetivo importante para la prevención y reducción del estigma en las personas con diagnóstico del espectro de la esquizofrenia (25).

Como información complementaria, 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% de mujeres responsables del 50%, en estudios daneses; y una proporción muy similar en Suecia), manteniéndose, por tanto, en la población de pacientes, tendencias análogas, de concentración de delitos, a las observadas en el resto de población (p. ej., en Inglaterra y Gales se encontró que un 7% de los hombres eran responsables del 60% de los delitos). Datos que apuntan a la necesidad de estudiar particularmente las características de esas poblaciones “de mayor riesgo” y la posibilidad de intervenciones preventivas.

Una conclusión importante de estos estudios de seguimiento en poblaciones es que el “trastorno mental” no se comporta como una variable independiente a la hora de establecer predicción de riesgo de conductas delictivas. Es decir, la persona con trastorno mental que delinque comparte factores de riesgo (biográficos, psicosociales, sociodemográficos) con el resto de la población que comete delitos. No es fácil sopesar en cada caso la contribución del factor diagnóstico psiquiátrico a la comisión del delito. Se puede estimar individualmente, mediante análisis cualitativo, pero no de forma global para el conjunto de las personas con diagnóstico (exceptuando trastorno de personalidad disocial, psicopatía y abuso de sustancias).

Los factores de riesgo son dinámicos y debemos abordarlos de forma proporcional a la gravedad del factor. Los principales son (3):

- Varones jóvenes.
- Historial previo asocial/criminal.
- Patrón de personalidad antisocial: se relaciona con factores como la impulsividad, la ira, la baja tolerancia a la frustración, la externalización, etc.
- Cognición antisocial: es la secuela psicológica de la encarcelación. Si los códigos que se aprenden para sobrevivir en prisión se mantienen al salir, aumenta el riesgo de nuevas detenciones.

- Pares antisociales.
- Familia/parejas desestructuradas.
- Escuela/trabajo deficitario.
- Bajos niveles de rendimiento/satisfacción en escuela/trabajo. No saber usar el tiempo libre.
- Abuso de sustancias.

Los casos de violencia terrible causados por personas con enfermedad mental no son representativos, pero sí muy aireados por los medios de comunicación social. Estos pocos casos, además, ilustran lo que ocurre cuando los servicios de salud mental públicos abandonan sus responsabilidades sobre pacientes graves y cuando el TMG no es reconocido ni tratado.

La mayoría de los casos que entran en el sistema judicial no lo hacen por un deterioro de su estado psiquiátrico que precipite el crimen o la violencia. Menos del 20% de los crímenes cometidos por enfermos mentales están precedidos por un empeoramiento de su sintomatología, de modo que la relación suele ser indirecta. En general, nos encontramos personas con escasos medios, con situaciones vitales estresantes y disgregadas, y con dificultades para adherirse a programas terapéuticos convencionales (9).

Pero, además, aunque sabemos que las personas con enfermedad mental tienen un riesgo mayor, estadísticamente significativo, de verse involucradas en situaciones de violencia (como agentes y como víctimas), tenemos limitaciones concretas para actuar, que podemos resumir en dos tipos:

- a) Por no conocer las relaciones específicas más allá del efecto grupal,
 - No sabemos la relación de cada tipo de trastorno con el riesgo de violencia.
 - La esquizofrenia y la depresión tienen una relación varias veces más débil que en las personas con TUS o rasgos antisociales de personalidad.
 - La relación cambia entre unos sujetos y otros, y también en la misma persona con el tiempo.
 - La relación de la asociación no es nunca ni fuerte ni totalmente consistente.
 - Los metaanálisis señalan que la asociación varía considerablemente entre distintos estudios y parece relacionada con las características del diseño del estudio.
 - Estudios comprehensivos, de campo, sólidamente controlados, con métodos de autoinformación, señalan que los sujetos con TMG no tienen una mayor probabilidad de violencia comparados con sus vecinos, y si hay aumentos, se relacionan con la existencia de comorbilidad con TUS.

- b) Por no conocer el poder predictivo de los trastornos mentales como factor de riesgo en un sujeto concreto para que se involucre en actos violentos o criminales.
- El trastorno mental no es un factor potente como predictor de violencia futura, de hecho, no se considera dentro los principales factores de riesgo criminogénicos en EE. UU. (3).
 - Solo el 4% de la violencia criminal en EE. UU. se podría atribuir razonablemente a las personas con enfermedad mental (3).
 - El trastorno mental no es fijo, varía con el tiempo en su nivel de intensidad y las vías de presentación y, en gran medida, en una relación muy estrecha con su entorno inmediato.

Parece que la violencia y la enfermedad mental acaban entendiéndose mejor como resultados asociados al hecho de crecer en ambientes de alto riesgo de pobreza y exclusión social, o pertenencia a familias muy desestructuradas. Así, encontramos la asociación entre ambas variables, pero sin un nexo causal entre ellas. Es por esto que el grupo de los enfermos mentales que están en prisión no se diferencian del resto de presos con claridad: se solapan. Los problemas de salud mental no son componentes centrales de la vida de muchos sujetos con enfermedad mental. Los trastornos mentales los entenderemos mejor como fuerzas que influyen en la formación del contexto social del individuo a través de sus “actividades rutinarias” o “circunstancias vitales locales” (26).

El trastorno mental tiene efectos difusos sobre los sujetos, que aumentan la probabilidad de conductas violentas a través de un efecto indirecto sobre su mundo social. Por tanto, nuestras intervenciones serán más efectivas si adoptamos “el paradigma de la recuperación” en lugar del “modelo de la cura”. Tenemos que centrarnos en conseguir cambios positivos en la persona, que se relacionan con el aumento de esperanza y el sentimiento de un mayor control sobre su propia vida (27).

Desde este modelo, la importancia del tratamiento de la enfermedad mental se reencuadra y varía el foco de intervención, de modo que para prevenir las recidivas delictivas tendremos que trabajar sobre los factores de riesgo más importantes, que son semejantes en personas con enfermedad mental y sin ella (9).

PROPUESTAS PARA DISMINUIR LA ENTRADA DE ENFERMOS MENTALES EN PRISIÓN

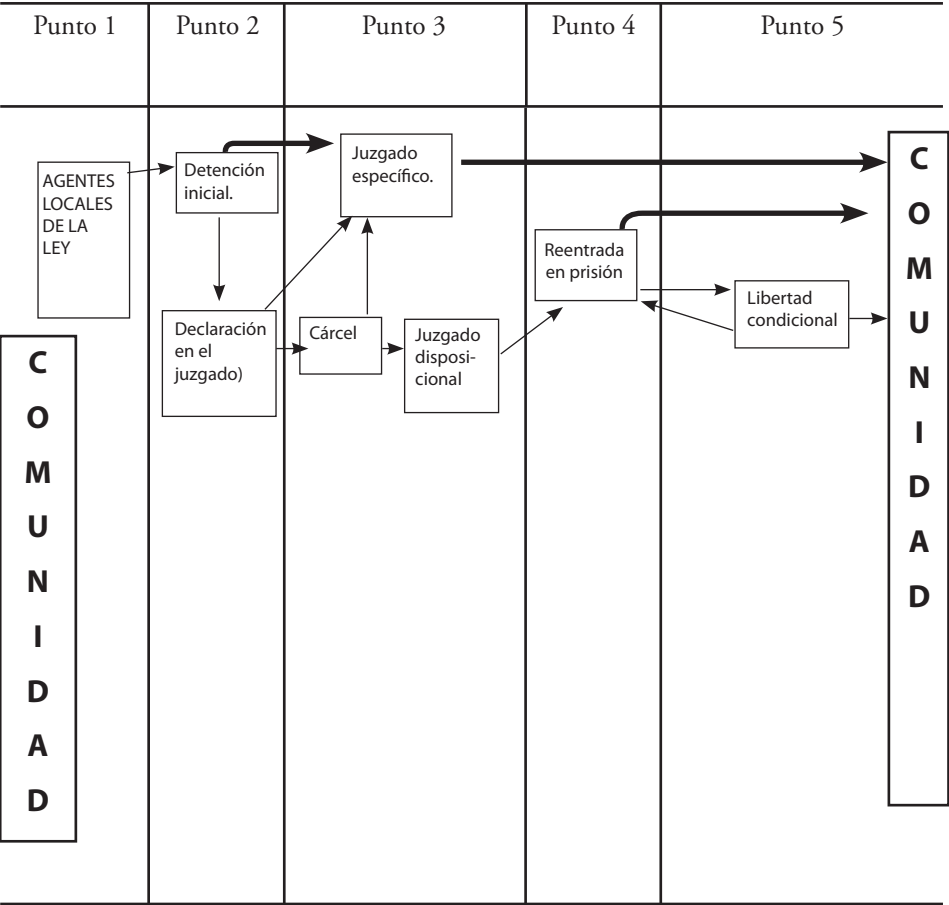
Si, como vemos, la enfermedad mental no correlaciona directamente con la violencia, aumentar los servicios de salud mental no será la solución, pues su efecto será muy bajo, y, además, muchos de los pacientes con delitos no acuden a los servicios públicos. La única vía con cierta evidencia sería aumentar los equipos de tratamiento asertivo comunitario (28), que, sin ser una panacea, nos permiten ser más efectivos en el pequeño grupo de enfermos mentales que entran en el sistema

judicial por tener una relación más evidente entre síntomas y violencia, así como conseguir reducciones significativas en las recidivas.

Hay que disminuir la desproporcionada presencia de enfermos mentales en prisión, pues el encarcelamiento casi nunca tiene un efecto positivo sobre la enfermedad mental, raramente reduce el riesgo de cometer delitos futuros, disminuye las posibilidades de una recuperación satisfactoria y aumenta los riesgos de ser víctima de violencia.

El modelo de interceptación secuencial (Figura 1) (29) es un marco útil para encontrar los puntos clave del itinerario judicial en los que podemos actuar para desviar a los enfermos mentales de la prisión y, cuando sea adecuado, dirigirlos hacia el cuidado en salud mental.

FIGURA 1
Modelo de interceptación secuencial



Modificado de Munetz y Griffin, 2006 (29)

A) Intervenciones previas a la entrada en prisión

- 1) *Reforzar los servicios de salud mental comunitarios*, incluyendo en una sola red la atención de salud mental y toxicomanías, debido a la alta prevalencia de patología dual. Fomentar especialmente los Equipos de Tratamiento Asertivo Comunitario, con disponibilidad de alternativas de alojamiento, pues son los que han demostrado mayor evidencia en este terreno (30). Aunque sabemos que su efecto será limitado, pues solo modificará el 4% de violencia relacionada con un empeoramiento del estado psicopatológico de una persona.

En EE. UU., a raíz del caso Bellevue y la Ley Kendra de 1999, se puso en marcha el programa de Tratamiento Ambulatorio Supervisado –a menudo asociado a equipos de Tratamiento Asertivo Comunitario– o “*case management*” clínico intensivo o análogos.

En Finlandia el Código Penal no incluye el Tratamiento Ambulatorio Involuntario (31).

- 2) *Servicios de Desviación*. Su objetivo será identificar detenidos con trastornos psiquiátricos para negociar con la policía, abogados, fiscales y jueces, e intentar desviar a estos detenidos del camino de la prisión hacia programas donde reciban tratamiento en la comunidad:

- a. Mejorar la capacidad de las fuerzas de orden público para reconocer y desviar a los enfermos mentales. Existen tres modelos: entrenar a policías voluntarios que se constituyen en equipos de intervención en crisis para estos casos; profesionales de salud mental (psicólogos y trabajadores sociales) que se integran en los departamentos policiales para ofrecer apoyo sobre el terreno; y equipos móviles de salud mental de intervención en crisis que actúan con independencia pero siempre en coordinación con la policía (3). Tenemos poca evidencia sobre los resultados de estos modelos: todos mejoran claramente las competencias y actitudes de las fuerzas de orden público, pero no sabemos si esto disminuye el número de arrestos y encarcelamientos (32).

No hay que olvidar que estas intervenciones pueden desviar pacientes, pero esto no supone automáticamente su asunción por la red pública, pues son bien conocidas las resistencias para tratar a estas personas y será necesario trabajarlas.

- b) Los juzgados específicos de salud mental, que se basan en que el tratamiento apropiado reducirá los contactos de los enfermos con la justicia, a través de una supervisión estrecha y de soporte por parte del juzgado para favorecer la adherencia al tratamiento. Se iniciaron en Florida en

1997 y en 2013 hay más de 335 en EE. UU. Suelen estar constituidos por 1 juez, 1 fiscal, 1-2 abogados defensores y un equipo clínico (psicólogos y trabajadores sociales). Trabajan desde el concepto de Justicia Terapéutica y con un objetivo rehabilitador (3). Su funcionamiento requiere que el paciente se declare culpable voluntariamente y así se suspende el juicio y la sentencia por parte del fiscal, evitando que el 95% de los casos lleguen a juicio. El juez cambia la prisión por un programa de tratamiento en la comunidad, que oscila de 6 a 9 meses para los casos más leves hasta 1-2 años en casos graves. Al terminar el programa no constan antecedentes penales en su expediente. Si el equipo de supervisión comprueba que no se cumplen los requisitos del programa de tratamiento, entonces se aplica una condena de hasta cinco años de prisión.

Es muy importante para el éxito de estas intervenciones que el detenido tenga una buena percepción de la justicia procesal (3) y para ello debe sentirse respetado, tratado de manera justa y sentir que se tienen en cuenta sus preferencias (tener voz en cuanto a la elección del tipo de tratamiento, lugar de tratamiento, etc.). Además, es necesario resolver otros problemas subyacentes al delito, pues ya hemos visto que la sintomatología psiquiátrica tiene poco peso en estos casos.

La evidencia sobre los juzgados especiales no es concluyente, pues actúan solo sobre una pequeña parte de esta población, debido a sus criterios de selección (que se negocian entre el fiscal y las agencias de tratamiento), a los vetos de las víctimas y abogados y a la necesidad de que el sujeto acepte las condiciones exigidas (que en ocasiones son muy rígidas y prefieren cumplir la condena), de modo que acaban siendo una especie de “juzgados boutique” con escasa capacidad para reducir sustancialmente el flujo de enfermos mentales hacia el sistema penitenciario.

- 3) *Creación de bases de datos* que permitan identificar y caracterizar a los sujetos con problemas de salud mental en cada estadio del sistema judicial y ponerlos a disposición de los profesionales que tienen que tomar decisiones: fuerzas de orden público, centros de detención, prisiones... (9). Sin embargo, esta medida requiere de importantes medidas de salvaguarda para la protección de la intimidad y de los datos personales.
- 4) *Medidas penales alternativas a prisión*. Junto a estos juzgados especiales, no debemos olvidar las políticas para reducir los cargos o aplazar los juicios en delitos leves, que pueden favorecer desviaciones de casos “al por mayor”. En Suecia las personas con enfermedad mental pueden ser tenidas por responsables criminalmente pero no pueden ser condenadas a prisión. En

su lugar, se emiten órdenes específicas de tratamiento para este grupo, las cuales se clasifican como sanciones criminales. En Dinamarca y Noruega, existen Órdenes de Cuidados para personas con trastorno mental definidas en el Código Penal, que se clasifican como “medidas específicas” y no como castigos. En los tres países mencionados, las Órdenes de Cuidados las imponen los juzgados y los criterios de implementación vienen establecidos en el Código Penal. Todas las Órdenes de Cuidados son seguidas por autoridades médicas y su regulación depende de la Ley de Salud Mental (31).

B) Propuestas a implementar en los centros penitenciarios

- 1) *Aumentar significativamente la disponibilidad de servicios de salud mental en prisiones* para evitar las crisis y el deterioro psiquiátrico de los internos. Se trata de una necesidad humanitaria irrenunciable, aunque no sea útil para reducir las tasas de crímenes y violencia.
 - a. Mantener los servicios de salud mental tradicionales reforzándolos. Deben ser equipos multidisciplinarios, independientes respecto a la autoridad penitenciaria, que refuercen su papel de cuidadores a través de la reafirmación del secreto médico y del consentimiento informado. (30).
 - b. Sería necesario cumplir el mandato legal para traspasar a las CC. AA. las competencias sobre sanidad penitenciaria (Disp. Adic. 6ª Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud) (33), hasta ahora incumplido, salvo en los casos de Cataluña, el País Vasco y Navarra.
 - c. Crear unidades especializadas y bien equipadas para alojar internos con deterioro de su salud mental y que precisen atención psiquiátrica, que constituyan una alternativa real al aislamiento penitenciario.
 - d. Promover servicios de Apoyo Mutuo, entendido como un soporte social, emocional e instrumental que se lleva a cabo por personas con enfermedad mental hacia otras con problemas similares para producir el cambio social o personal deseado. Este modelo es muy atractivo, pues entronca con el paradigma de la recuperación, incluye técnicas de terapia cognitivo conductual y de resolución de problemas dirigidas a reducir las actitudes delictogénicas. Se basa en que el cambio positivo ocurre desde un proceso de aprendizaje social, por modelado de conductas, y aumenta la sensación de autoeficacia. Su coste es relativamente bajo.
No tenemos evidencia sobre su efectividad en los enfermos mentales presos.

- 2) *Entrenamiento y formación en salud mental* para personal del sistema judicial y funcionarios de prisiones. Tenemos alguna evidencia de que mejoran las actitudes y disminuye la distancia social con el enfermo mental (32).
- 3) *Facilitar la intervención de ONGs* dispuestas a colaborar y con experiencia en el medio penitenciario.

C) Acciones de rehabilitación y reinserción social de cara a la excarcelación

- 1) Será necesario contar con *equipos colaborativos entre Justicia y Salud Mental* que ofrezcan cuidados adecuados y tratamientos antes de la excarcelación, elaborando y participando en un plan de recuperación de los enfermos mentales que abandonan la prisión, pues tras la liberación tienen más probabilidades de ser hospitalizados, de quedar en situación de calle y sufrir nuevas detenciones. Hay datos que sugieren la disminución de recaídas con estos equipos (34), que para funcionar bien deben cumplir varios requisitos:
 - a. Manejar un número limitado de casos claramente definidos.
 - b. Ser flexibles y mantener una coordinación con los agentes del sistema judicial.
 - c. Priorizar aquellos casos de más necesidad y mayor riesgo de recidiva.
 - d. Compartir un consenso clínico sobre los aspectos a trabajar y los abordajes a utilizar.
 - e. Deben tener fondos y recursos propios que puedan manejar sin depender de autorizaciones de otras instancias.
- 2) Los *equipos de tratamiento asertivo-comunitario* logran reducir el número y duración de hospitalizaciones psiquiátricas, así como el número de entradas en el sistema judicial, los reingresos en prisión y el número de cargos durante el año siguiente (35), e incluso en años sucesivos, como en la experiencia acumulada en Sevilla a lo largo de 7 años (36). Un beneficio importante de estos equipos es que obligan a la red de salud mental a atender a estos pacientes que a veces son rechazados por el sistema.
- 3) El uso del *tratamiento ambulatorio involuntario* es controvertido: puede tener sentido en un marco temporal como alternativa a la prisión, pero a largo plazo socava la relación terapéutica, limita la libertad del ciudadano y su derecho a no tratarse.
- 4) Uno de los mayores obstáculos tras la excarcelación para la integración del sujeto en la comunidad es la ausencia de respuestas que incluyan *soluciones habitacionales y residenciales*.

CONCLUSIONES

Necesitamos sacar a las personas con enfermedad mental del sistema judicial y penitenciario en la misma medida en que nuestras prácticas actuales los han llevado dentro y los han abandonado allí.

Paradójicamente, la forma de hacerlo se basa en reconocer que el grupo de los enfermos mentales no es distinto al resto de internos en prisión, y la influencia de los síntomas psiquiátricos, tanto en su entrada como en su mantenimiento posterior en la comunidad, es mínima.

Las intervenciones comunitarias orientadas al modelo de rehabilitación y reinsertión social deben incluir la valoración de los factores de riesgo de violencia y de reincidencia criminal (no la peligrosidad, que no es un concepto clínico), procurando intervenciones que permitan aminorarlos.

El juicio clínico de los profesionales no es un buen criterio para estimar el riesgo, pues siempre tendemos a sobrevalorarlo y asociarlo con la necesidad de un tratamiento farmacológico, pero ya hemos dicho que tratar la enfermedad mental no mejora la reincidencia.

Como hemos visto, la enfermedad mental y su tratamiento no se encuentra entre los principales factores de riesgo a abordar. Tenemos que dar respuesta a los problemas socioeconómicos, de vivienda y a la falta de oportunidades vitales de las personas que viven en los márgenes para favorecer su inclusión social y ayudarles en la recuperación del sentimiento de control sobre sus vidas.

Este proyecto emancipador, que pretende la recuperación de los pacientes mentales que han realizado delitos, a la vez que asumen la responsabilidad social de su culpa, requiere un compromiso de los sistemas de Justicia y de Salud (Mental) Pública y Comunitaria.

Junto a la perspectiva de Salud Mental Comunitaria, que estamos defendiendo, existen diversas iniciativas en el mundo jurídico, como es el caso de la Justicia Terapéutica (37), que está adquiriendo cada vez más relevancia en el escenario internacional, o los esfuerzos en pro de que otro Derecho Penal sea posible (38). Entre estos últimos destacan los valores y procedimientos propios de la Justicia Restaurativa, como la mediación, llamada a adquirir cada vez mayor relevancia en nuestros tribunales de Justicia.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Fazel S, Danesh J. Serious mental disorder in 23.000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *Lancet* 2002; 359(93): 545-550.
- (2) Hernández M. Pacientes mentales en prisión. Perspectiva internacional. En: Hernández M, Herrera R (coords.). *La atención a la salud mental de la población reclusa*. Estudios 30. Madrid: AEN, 2003.
- (3) Barber V. Programas alternativos a la encarcelación: una aproximación clínica. Jornadas “Alternativas a la prisión en salud mental: soluciones jurídicas para la inclusión social”, 2017. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=N3cG-A1Xp-w>
- (4) Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta Estatal sobre Salud y Drogas entre los Internados en Prisión (ESDIP). Madrid: DGPNSD, 2016.
- (5) Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Estudio sobre salud mental en el medio penitenciario. Madrid. Ministerio del Interior- Subdirección general de Instituciones Penitenciarias, 2006.
- (6) Corrections Compendium. “Inmate Mental Health Care”, 2011. Disponible en: <https://www.highbeam.com/doc/1G1-286827785.html>.
- (7) Teplin LA, Abram KM, McClelland GM. Prevalence of psychiatric disorders among incarcerated women jail detainees. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53:505-12.
- (8) Rendueles G. Tratamiento penitenciario y tratamiento psiquiátrico: una analogía buena para pensar. En: Hernández M, Herrera R (coords): *La atención a la salud mental de la población reclusa*. Estudios 30. Madrid: AEN, 2003.
- (9) Mulvey EP, Schubert CA. Mentally ill individuals in jails and prisons. *Crime Justice* 2017; 46:231-277.
- (10) Vicens E, Tort V. El cumplimiento de la medicación y las implicaciones clínicas a largo plazo en la esquizofrenia en el ámbito penitenciario. *Rev Esp Sanidad Penitenciaria*. 2005; 7(2): 68-76.
- (11) Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC). Las reglas mínimas de las Naciones Unidas para el tratamiento de los reclusos. Un modelo actualizado para la gestión penitenciaria en el siglo XXI, 2015.
- (12) Maniglio R. Severe mental illness and criminal victimization: a systematic review. *Acta Psychiatr Scand*. 2009;119: 180-191.
- (13) Loinaz I, Echeburúa E, Irureta M. Trastornos mentales como factor de riesgo de victimización. *Behavioral Psychology/ Psicología conductual* 2011; 19:421-438.
- (14) Echeburúa E. Violencia y trastornos mentales. Una relación compleja. Madrid: Pirámide, 2018.
- (15) Hernández M. Enfermedad mental y delito. Una perspectiva europea. *Documentación Social* 2011; 161:133-152.
- (16) Chiswick D. Asociación entre trastorno psiquiátrico y delito. En: Gelder MG, López Ibor JJ, Andreasen N (eds.) *Tratado de Psiquiatría*. Barcelona: Psiquiatría Editores, 2003.
- (17) Tiihonen J, Isohanni M, Rasanen P, Koiranen M, Moring J. Specific major mental disorders and criminality: twenty-six-year prospective study of the 1966 northern Finnish birth cohort. *Am J Psychiatry* 1997; 154:840-845.

- (18) Hodgins S. Mental disorder, intellectual deficiency, and crime: evidence from a birth cohort. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49: 476-483.
- (19) Hodgins S, Mednick SA, Brennan PA, Schulsinger F, Engberg M. Mental disorder, and crime: evidence from a Danish birth cohort. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53: 122-137.
- (20) Linquist P, Allenbeck P. Schizophrenia and crime: a longitudinal follow-up of 644 schizophrenics in Stockholm. *Br J Psychiatry* 1990; 157: 345-350.
- (21) Belfrage H. A ten year follow up of criminality in Stockholm mental patients. *Br J Criminology* 1998; 38:145-155.
- (22) Steadman HJ, Mulvey EP, Monahan J, Robbins PC, Appelbaum PS, Grisso T, et al. Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighborhoods. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55: 393-401.
- (23) Mentxaka Solozabal O. Primeros episodios psicóticos y delitos violentos. Tesis doctoral. Universidad del País Vasco, 2017.
- (24) Whiting D, Liechtenstein P, Fazel S. Violence and mental disorders: a structured review of associations by individual diagnoses, risk factors, and risk assessment. *Lancet Psychiatry* 2021;8(2):150-161.
- (25) Whiting D, Gulati G, Geddes JR, Fazel S. Association of schizophrenia spectrum disorders and violence perpetration in adults and adolescents from 15 countries. A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2022; 79(2):120-132.
- (26) Fisher WH, Silver E, Wolff N. Beyond criminalization: toward a criminologically informed framework for mental health policy and services research. *Adm Policy Ment Health*. 2006; 33 (5):544-57.
- (27) Farkas M. The vision of recovery today: What it is and what it means for services. *World Psychiatry* 2007; 6:68-74.
- (28) Pérez E. Atención a la salud mental en el medio penitenciario. En: Desviat M, Moreno A (ed). *Acciones de salud mental en la comunidad. Estudios 47*. Madrid: Asociación Española Neuropsiquiatría, 2012; pp. 704-13.
- (29) Munetz MR, Griffin PA. Use of the sequential intercept model as an approach to decriminalization of people with serious mental illness. *Psychiatr Serv*. 2006; 57(4):544-49.
- (30) Pérez E. ¿Psiquiatría penitenciaria? *Rev Esp Sanid Penit*. 2004; 6: 97-101.
- (31) Lappi-Sappälä T. Nordic sentencing. *Crime Justice* 2016; 45:17-82.
- (32) Hadlaczky G, Hökby S, Mkrtchian A, Carli V, Wasserman D. Mental health first aid is an effective public health intervention for improving knowledge, attitudes, and behavior: A meta-analysis. *Int Rev Psychiatry* 2014; 26(4):467-75.
- (33) Barrios Flores LF. El internamiento psiquiátrico penal en España: situación actual y propuestas de futuro. *Norte de salud mental*, 2021; 17(64): 25-38.
- (34) Kim K, Becker-Cohen M, Serakos M. The processing and treatment of mentally ill persons in the criminal justice system: A scan of practice and background analysis. Washington, DC: Urban Institute, 2015.
- (35) Swanson JW, Van Dorn RA, Swartz MS, Robbins PC, Steadman HJ, McGuire TG, et al. The cost of assisted outpatient treatment: can it save states money? *Am J Psychiatry* 2013, 170:1423-32.

- (36) Massé-García P, Lamas-Bosque FJ, Massé-Palomo A. Impacto sobre la vulnerabilidad psicótica del abordaje terapéutico en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla. *Rev Esp Sanid Penit* 2017; 19: 21-27.
- (37) Pillado E, Farto T. Hacia un proceso penal más reparador y resocializador: avances desde la Justicia Terapéutica. Madrid: Dykinson, 2019.
- (38) Segovia JL. Otro derecho penal es posible: la alternativa restaurativa. *Documentación social* 2011; 161: 67-85.