

Informaciones Psiquiátricas - Primer trimestre 2006. Número 183

Los límites de la reinserción comunitaria en salud mental desde el ámbito penitenciario

Enric Vicens Pons

Psiquiatra.

Director Área de Psiquiatría Penitenciaria Sant Joan de Déu Serveis de Salut Mental.

Gemma Escuder Romera

Maria Ribas Siñol

Psicólogas.

Área de Psiquiatría Penitenciaria Sant Joan de Déu Serveis de Salut Mental.

Recepción: 14-12-05 / Aceptación: 02-02-06

Los últimos años se han destacado por un avance en el desarrollo de recursos para atender a las personas que sufren una enfermedad mental. La transformación de unidades asilares en asistenciales en los hospitales monográficos, la extensión de los centros de salud mental y el desarrollo de una red de estructuras intermedias y de rehabilitación hace ver con más optimismo el tratamiento de la enfermedad mental.

Este desarrollo en la psiquiatría civil no ha ido en paralelo a la psiquiatría penal pues la gestión clínica de las llamadas **medidas de seguridad** privadas de libertad o **penados enfermos mentales**, se ha centrado en unidades asilares.

En Catalunya (donde contamos con la transferencia de las competencias penitenciarias) se ha iniciado recientemente un modelo de asistencia para atender a las personas que privadas de libertad necesiten asistencia psiquiátrica. Las distintas unidades psiquiátricas penitenciarias ofrecen niveles asistenciales diferenciados e integrados dentro de la red psiquiátrica general.

Como en toda comunidad, la cárcel, no queda exenta de que exista un número importante de enfermos mentales que necesitan tratamiento y asistencia. Siendo las funciones básicas de la cárcel la custodia, la rehabilitación y la reinserción de las personas que han cometido un delito, apenas se ha contemplado la especificidad del enfermo mental. Siendo el sistema penitenciario un medio conectado directamente con el sistema judicial, es conveniente revisar brevemente los antecedentes y sistemas de regulación existentes en la Constitución Española y el actual Código Penal, del enfermo mental que ha cometido un acto delictivo.

Hasta el vigente Código Penal de 1995 existía la Ley de Peligrosidad y Rehabilitación Social, de 1970, y hasta esa fecha la Ley de Vagos y Maleantes de 1933.

En ambas, el fundamento básico es la peligrosidad social, entendida como aquella posible acción con «daño social» que puede cometer un sujeto. La presunción de acción peligrosa, es decir, el «derecho de autor» prevalece sobre el «derecho de hecho». La consecuencia de la aplicación de estas leyes eran ingresos, por orden judicial, en instituciones psiquiátricas, y por tiempo ilimitado, hasta que cesara la peligrosidad social, lo cual desgraciadamente, era muy difícil que sucediera.

Con el nuevo Código Penal, del año 1995, en el Art. 95 se señala que:

«Las medidas de seguridad se aplicarán por el Juez o Tribunal, previos los informes que estime convenientes siempre que concurren estas circunstancias:

- 1. Que el sujeto haya cometido un hecho previsto como delito.*
- 2. Que del hecho y de las circunstancias personales del sujeto pueda deducirse un pronóstico de comportamiento futuro que revele probabilidad de comisión de nuevos delitos (peligrosidad criminal).*

El ámbito de aplicación de la medida de seguridad es (Art. 20 del CP) a:

Sujetos inimputables o semiimputables relacionados con:

- 1. Anomalía o alteración psíquica.*

2. Tóxicos: Intoxicación plena por ingestión de bebidas alcohólicas, drogas, estupefacientes...

3. Alteraciones en la percepción.

De lo dicho hasta ahora es importante retener que las medidas de seguridad:

- Son definidas en la sentencia.
- Para que se produzcan tiene que objetivarse una «anomalía o alteración mental».
- Es necesario establecer relación directa entre la enfermedad y el hecho delictivo evaluado: «el que al tiempo de cometer la infracción penal, no pueda comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión».
- El delito debe ser de «hecho».
- La peligrosidad y la reincidencia, términos no médicos, son la base de la medida de seguridad y la peligrosidad ha pasado de denominarse social a criminal.

La gestión clínica del enfermo mental que ha cometido o se presupone que ha realizado un acto delictivo empieza desde el momento en que la persona entra en el sistema penal. El circuito que sigue es:

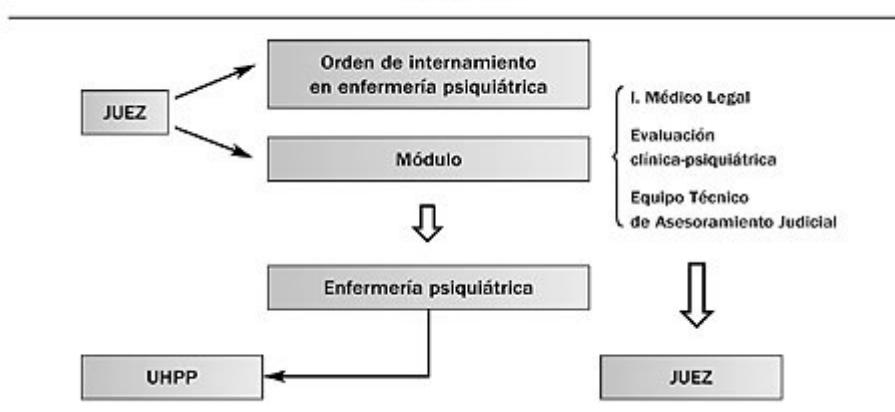
1. Durante la instrucción.
2. En la fase sumarial.
3. Una vez dictada la sentencia:
 - a) Medida de seguridad.
 - b) No medida de seguridad.

El proceso de instrucción, durante el cual el sujeto está en una situación judicial de preventivo, es la puerta de entrada al sistema penal y podríamos denominarlo como el primer filtro. El Juez Instructor se basa en informes clínicos, así como asesoramiento médico forense para tomar la primera decisión de internamiento del individuo en un módulo penitenciario, en una enfermería psiquiátrica penitenciaria o en una Unidad de Agudos de un Hospital Psiquiátrico Civil.

La orden de internamiento es para observación y/o tratamiento con unos objetivos: diagnóstico psiquiátrico y estabilidad psicopatológica. En esta fase del proceso se va a decidir la relación futura entre el imputado y la psiquiatría por lo que es imprescindible el diálogo entre el Equipo de Psiquiatría Forense (en *Catalunya Institut de Medicina Legal i Forense*), el Equipo de Psiquiatría Clínico y el Equipo Técnico de Asesoramiento Judicial.

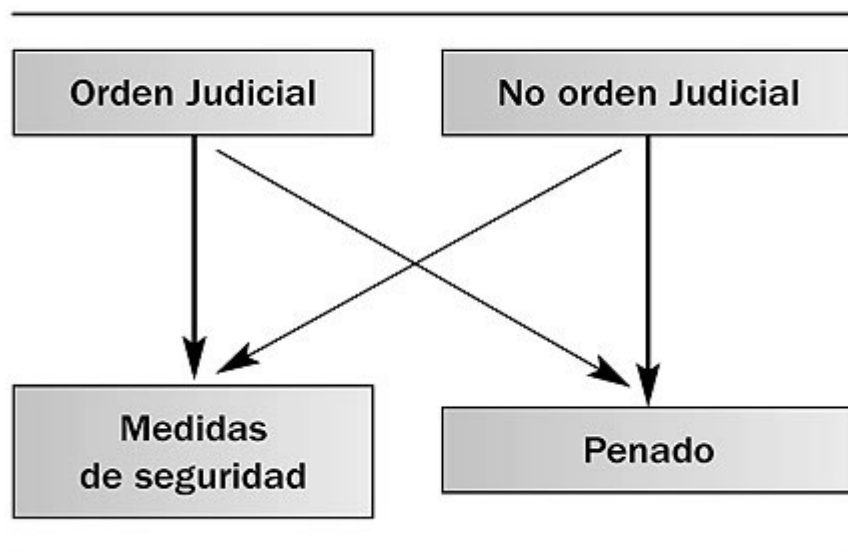
El equipo clínico (enfermería psiquiátrica, unidad de Agudos...) ha de gestionar el caso desde el abordaje clínico colaborando en todo momento para que los forenses puedan peritar con la máxima rigurosidad el caso. De la pericia saldrá la relación entre el hecho delictivo y la situación clínica del sujeto por lo que **habría que valorar unidades periciales específicas y diferenciadas de las unidades clínicas**. El Equipo Técnico de Asesoramiento Judicial orienta y define el tipo de recurso que puede ser el más adecuado (ver figura 1).

FIGURA 1



Este primer proceso finaliza en el momento en que se emite la sentencia, tras la celebración de un juicio, el cual no puede llevarse a cabo si la persona imputada no está en condiciones mentales de comprender el mismo (ver figura 2).

FIGURA 2



La primera cuestión que se plantea es que el Código Penal, lógicamente, no especifica cual es el recurso más adecuado para proceder al internamiento. El primer dilema al que se enfrenta el Juez es: ¿cuál es el recurso más adecuado para tratar, atender y dar asistencia a la persona enferma? En tanto medida penal, lo más adecuado sería un Centro Psiquiátrico Penitenciario, en cuanto a tratamiento, es obvio, que el lugar es un Hospital Psiquiátrico Civil. Existen diferencias importantes en la gestión clínica y asistencial de las medidas de seguridad dependiendo del recurso en el cual se lleve a cabo el tratamiento. De esta manera, comprobamos que las Medidas de Seguridad de Internamiento Penitenciario se caracterizan por una restricción a los recursos de salud mental, una limitación de contacto familiar y social, nula accesibilidad laboral, entorno ajeno y alejado para la rehabilitación y una estigmatización doble, por un lado la propia por ser enfermo mental y por otro la de ser un preso. En contraposición el tratamiento de las Medidas de Seguridad en centros psiquiátricos de la red convencional se caracteriza por un mayor acceso a los recursos de la Red Salud Mental, contacto familiar, social y comunitario, acceso laboral, entorno propio para la rehabilitación, estigma de enfermo mental.

Ciertamente, la necesidad de dar respuesta no sólo al tratamiento de la persona enferma, sino también a la sociedad, supone un compromiso de **ampliar la oferta de recursos de seguridad integrados dentro del sistema general de tratamiento de la persona con enfermedad mental**. Ello coincide con que la naturaleza de una medida de seguridad es eminentemente asistencial y desempeña una finalidad esencialmente preventiva: se orienta a la evitación de futuros delitos, lo cual se pretende conseguir mediante la aplicación de un tratamiento asistencial adecuado a la persona que ha cometido un hecho delictivo.

Si la filosofía de la medida es asistencial, sin ninguna duda, **los clínicos son los que están en mejores condiciones, basándose en la clínica, de opinar que recurso es el más adecuado para el paciente**.

Es importante describir brevemente los recursos de Catalunya donde pueden tratarse las personas sujetas a medidas de seguridad. Estos son:

1. Privadas de libertad:

a) Unidades de Internamiento Penitenciario:

1. Enfermerías psiquiátricas.
2. Unidad Polivalente Quatre Camins (Hospital de Día, Centro de Día).
3. Unidad Hospitalaria Psiquiátrica Penitenciaria de Catalunya (UHPP).

4. Hospital Penitenciario de Terrassa.

b) Unidades de Internamiento Civil (Subagudos, Alta Dependencia Psiquiátrica).

2. Medidas sustitutivas o alternativas a la privación:

- Red psiquiátrica ambulatoria (CSM, Hospital de Día).
- Red de rehabilitación comunitaria (Centro de día, Unidades polivalentes, Programas TMS...)

Brevemente, explicaremos algunos detalles de estas unidades.

La *Unidad Polivalente de Psiquiatría Penitenciaria*, detecta la patología mental de la población reclusa y es interesante la oferta de servicios especializados que se dan como el programa de hospital de día y de centro de día.

La *Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Penitenciaria de Catalunya (UHPP)* está dividida en cuatro clínicas:

1. Agudos: 10 plazas.
2. Subagudos: 15 plazas.
3. Media-Larga Estancia: 27 plazas.
4. Tránsito a la Comunidad: 15 plazas.

En la UHPP pueden ingresar aquellas personas que padezcan enfermedad mental independientemente de su situación judicial (medidas de seguridad, preventivos, penados...). Además, se da asistencia de urgencias de 24 horas atendido por médico psiquiatra.

El *Hospital Penitenciario de Terrassa*, complementa la oferta de servicios cuando existen patologías médicas concomitantes que requieren una asistencia en régimen de internamiento.

La filosofía asistencial que enmarca la situación judicial de Medida de Seguridad implica una gestión clínica del caso que va desde el internamiento al tratamiento ambulatorio. Establece un itinerario que debe de consignarse siguiendo criterios clínicos que englobe:

- El estado psicopatológico.
- La necesidad de cuidados.
- Los diferentes riesgos del paciente (no cumplimiento del tratamiento, consumo de sustancias, mal control de impulsos...).
- Variables de entorno social: apoyo familiar, social...

Así pues, la gestión debe de atender una serie de variables amplias que permitan definir el tipo de intervención y de seguimiento en cada uno de los recursos que puedan intervenir. Asimismo, definirá el recurso específico y la posibilidad de cambio de recurso de mayor a uno de menor intensidad de tratamiento y de seguridad:

- Clínica de Agudos (UHPP).
- Enfermería psiquiátrica penitenciaria.
- Seguimiento en programas de hospital de día penitenciarios.
- Programas de drogodependencias penitenciarios.
- Programas ambulatorios red civil.

Centrándonos en la asistencia de las personas afectas de una enfermedad mental grave en situación de internamiento psiquiátrico penitenciario, la variabilidad de los trastornos mentales y de su evolución hace que la necesidad del recurso también vaya cambiando. La asistencia psiquiátrica de los trastornos mentales considerados «severos o graves» en la psiquiatría penal implica la necesidad de realizar programas de rehabilitación. Programas encaminados a trabajar la autonomía responsable: programa individualizado de tratamiento marcando objetivos y

temporalidad (PIR), psicoeducativos...

Es necesario incluir en todo programa de rehabilitación, entre otros:

- Evaluación continuada de competencia mental y de riesgo.
- El trabajo con las familias.
- La socialización: permisos, salidas terapéuticas...
- El trabajo con profesionales del entorno social: servicios sociales comunitarios, equipos de integración social.

El equipo clínico, debe de informar al Juez de Vigilancia Penitenciaria cada 6 meses de la evaluación psicopatológica y funcional del sujeto con medida de seguridad. Debe de proponer:

- El cese de la M.S.
- Sustitución de M.S.
- Dejar en suspenso la medida.

La necesidad de garantizar la continuidad asistencial es, sin duda, el elemento esencial en la eficacia de la aplicación de la medida de seguridad.

Para garantizarlo, **la integración y la coordinación entre los recursos psiquiátricos en su conjunto (penales y civiles)** es esencial para planificar una estrategia compartida entre el recurso actual y el futuro: unidad psiquiátrica penitenciaria a unidad psiquiátrica civil, a centro de salud mental, unidad polivalente... Destacar, que el trabajo de Equipo de Medidas Penales Alternativas, con la presencia de los Delegados Judiciales, facilita la relación entre el equipo clínico asistencial y el sistema judicial (figuras 3 y 4).

FIGURA 3

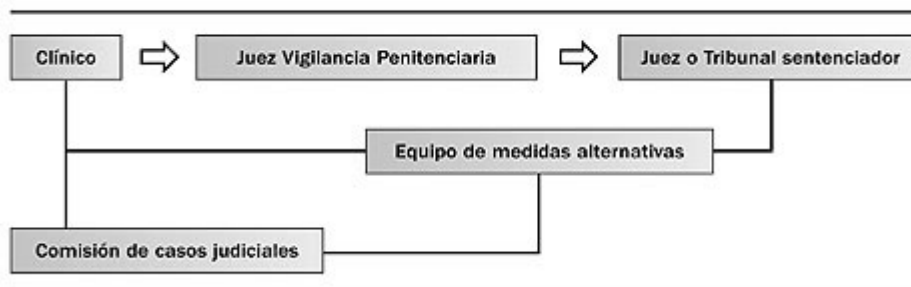
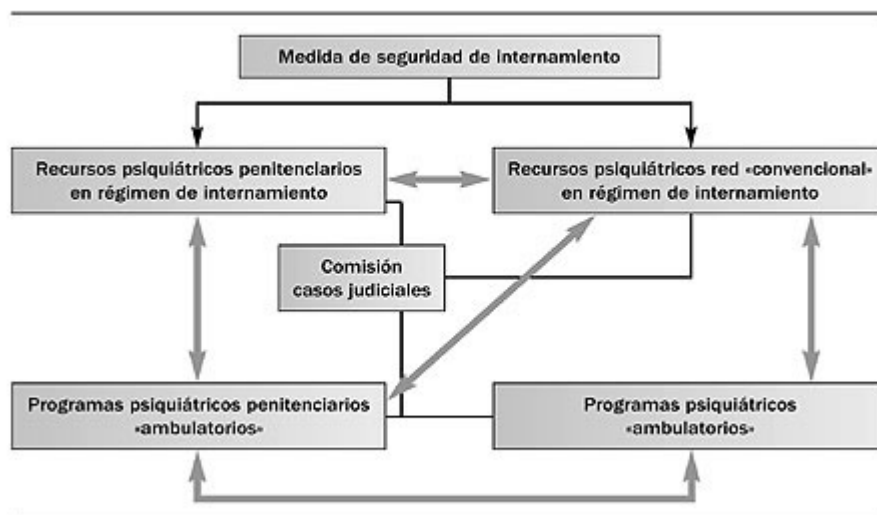


FIGURA 4



Así mismo, la constitución de la Comisión de Casos Judiciales, que cuenta con la presencia de miembros de equipo de psiquiatría penitenciaria, del equipo de psiquiatría civil y del propio equipo de medidas alternativas permite, por un lado la discusión de casos de especial complejidad, y por otro consensuar planes de tratamiento, e ir definiendo progresivamente cual es el perfil de pacientes que son más tributarios de un recurso psiquiátrico civil c penal.

Si bien es evidente el avance que supone contar con los recursos señalados, se debería seguir avanzando en la línea del modelo anglosajón donde la asistencia psiquiátrica queda definida, en función del riesgo del paciente, en niveles de mayor a menor seguridad del recurso y fuera del ámbito penitenciario. Dicho de otra manera **nuestro modelo está limitado a «dentro o fuera»: Dentro «seguridad máxima» Fuera «riesgo elevado».**

Dada la complejidad de muchos de los casos la gestión clínica la consideramos tan importante que debería pasar por un **referente tipo «case-management»**. En Catalunya, la existencia de los llamados PSI (Plan de Seguimiento Individualizado) podrían ser un buen referente de modelo de seguimiento individualizado y específico para cada caso.

La valoración de la probabilidad de que los sujetos que padecen trastornos mentales cometan actos violentos o criminales es una de las responsabilidades de la psiquiatría forense. Pero este objetivo no debe convertirse en la finalidad, no olvidemos que la finalidad de la psiquiatría es tratar y cuidar.

Hasta la década de los 90 la valoración de la peligrosidad, entendida como una propiedad de la persona estable e inmutable, se pedía a la psiquiatría forense. Hoy en día, desde la clínica psiquiátrica evaluativa, la peligrosidad queda sustituida por el riesgo, no sólo los factores estáticos como las características sociodemográficas y las características de personalidad son los factores deseables a considerar para determinar el riesgo que presentan los pacientes. Es necesario centrarse en aquellos factores susceptibles al cambio. La valoración del riesgo está ligada a cuatro características dinámicas del propio paciente, de su entorno y de su lugar de tratamiento, las cuáles presentan cierta susceptibilidad al cambio aunque con diferentes grados de resistencia. Todas estas características requieren de métodos y estrategias terapéuticas distintas.

En primer lugar, la característica principal a tener en cuenta es el propio trastorno o enfermedad mental, donde la activación de los síntomas psicóticos puede generar situaciones de riesgo, especialmente, en aquellos casos en que la persona cree encontrarse amenazada y controlada por otros. En segundo lugar, encontramos, la presencia de problemática familiar y una situación sociocultural pobre. El consumo de sustancias, es otra de las características a considerar. En este caso, tanto la intoxicación aguda como las secuelas del uso continuado de tóxicos que genera deterioro en el razonamiento, en el estado anímico, en el control de la impulsividad, etc... E análisis de estas características hace que, la valoración del riesgo que un paciente puede tener para la población sea una tarea extraordinariamente compleja, pero es evidente, que los factores a tener en cuenta no deben centrarse exclusivamente en el paciente. Debemos extender el análisis a los factores externos capaces de influir en el pronóstico de la rehabilitación del mismo.

Los recursos psiquiátricos penales deben de trabajar siguiendo los patrones de la psiquiatría clínica ya que el paciente «sólo está privado de libertad». Es clave que la red de recursos psiquiátricos penales esté integrada completamente en el sistema sanitario general y forme red con los recursos psiquiátricos civiles. Sólo así será posible que el paciente sea atendido en el lugar y por los profesionales que pueden favorecer su evolución y su tratamiento.

Otro de los grandes déficits existentes en relación al tratamiento de las enfermedades mentales graves en un centro penitenciario es la dificultad para llevar a cabo los tratamientos de rehabilitación. El tratamiento rehabilitador que requieren los pacientes con enfermedad mental grave se halla actualmente dificultado por la gestión clínica-judicial de las medidas de seguridad, así como, limitado para aquellas personas que padeciendo una enfermedad mental no les fue reconocida, o bien, se les reconoció pero no se consideró relacionada con el delito.

El deterioro propio de la institucionalización se agrava y aumenta con el inherente a la privación de libertad.

La realización de actividades educativas, lúdicas, formativas, sanitarias... etc. en la Comunidad es imprescindible para evitar el deterioro propio de la enfermedad mental y el que se le añade por la privación de libertad. La reinserción social y comunitaria nunca ha tenido tanto sentido en salud mental como en el ámbito penitenciario ámbito en el cual el paciente estará durante un tiempo limitado.

Actualmente, la realización de actividades comunitarias para el tratamiento de los TMS privados de libertad se halla en una situación precaria. Realizando un corte transversal de los pacientes ingresados en las Unidades de Media y Larga Estancia (Mille) y Tránsito a la Comunidad (TAC) de la UHPP de Cataluña en el mes de septiembre de 2005 observamos que, únicamente un 36% participa en el programa de reinserción social y comunitaria. Del 63% de pacientes restantes, únicamente en un 33% está justificada la no participación en el programa de salidas terapéuticas por motivos clínicos, fundamentalmente por presencia de sintomatología positiva persistente que no remite con el tratamiento psicofarmacológico y que interfiere gravemente el funcionamiento psicosocial del paciente.

Un factor añadido y que no facilita la reinserción comunitaria de las Medidas de Seguridad es la dificultad que tiene

la red de salud mental para asumir este tipo de pacientes. Actualmente, las medidas de seguridad ingresadas en la unidad de Mille constituyen un 72% de la muestra. Clínicamente el 60% de los casos podrían beneficiarse de recursos psiquiátricos de menor grado de seguridad. Sin embargo, el desconocimiento de las enfermedades mentales, la incidencia de la «alarma» social que crean y la reducción de recursos y camas en los hospitales psiquiátricos dificulta en gran medida conseguir el cambio de la Medida de Seguridad desde un recurso penitenciario a la comunidad.

CONCLUSIONES

1. Es necesaria una mayor implicación en la gestión clínica, social y rehabilitadora de las personas con enfermedad mental sometidas a una Medida de Seguridad en situación de privación de libertad.
2. El enfermo mental encarcelado y sin medida de seguridad habrá que considerarlo con las mismas necesidades de gestión clínica.
3. La gestión de la medida de seguridad debe de prolongarse más allá de la medida para garantizar una adecuada continuidad asistencial: aunque finalice la medida no finaliza la necesidad de tratamiento.
4. La gestión de la medida de seguridad debe de iniciarse antes de que se confirme la medida
5. Es necesario que exista una diversidad de recursos psiquiátricos (de mayor a menor grado de seguridad) que de respuesta a las personas enfermas mentales que cometan delito.
6. Estos recursos deben de estar integrados a la red psiquiátrica general.
7. La evaluación continuada de la medida de seguridad por parte del clínico debe de permitir que la persona enferma reciba el tratamiento más adecuado en cada momento.
8. La rehabilitación psiquiátrica que se realiza en el ámbito penitenciario supone un alejamiento del sujeto de la comunidad y le limita a relacionarse en un medio que no le es propio.
9. Existen diferencias marcadas entre el tratamiento rehabilitador en el ámbito penitenciario y convencional en el manejo de los enfermos mentales que han cometido un hecho delictivo.

*«Enseñarle a alguien a vivir en libertad mediante el encierro es como enseñar a jugar a fútbol en un ascensor.»
Elbert*

[<< volver](#)