

Perfil clínico y delictivo de los enfermos ingresados en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante

C Iñigo, M^a D Pérez-Cárceles, E Osuna, E Cabrero, A Luna

Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante

RESUMEN

El objetivo de este trabajo es conocer los perfiles médico-psiquiátrico, psico-social y toxicológicos de los pacientes ingresados en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante. Hemos analizado un total de 156 variables en las que se incluyen datos relativos a los antecedentes sociales, clínicos y delictivos de los 267 pacientes (247 hombres y 20 mujeres) estudiados, que comprenden a la totalidad de los pacientes ingresados en el momento de realizar el estudio. El tratamiento estadístico de los datos se realizó aplicando el paquete estadístico BMDP.

En nuestra muestra se observa una alta incidencia de conflictividad familiar y un importante historial delictivo previo, siendo los delitos contra las personas y la propiedad los más frecuentes. La patología psiquiátrica más frecuente según el C.I.E. 10 viene representada por la esquizofrenia, esquizotipia e ideas delirantes. Existe una sinergia de potenciación negativa entre la enfermedad mental y la conducta delictiva que confluye de forma clara en la población estudiada.

Palabras clave: Enfermedad mental. Prisión. Hospital. Delito.

CLINICAL AND CRIMINAL PROFILE OF PATIENTS IN THE PRISON HOSPITAL OF ALICANTE

ABSTRACT

The paper describes the medico-psychiatric, psycho-social and toxicological profile of patients in the Penitentiary Psychiatric Hospital of Alicante. We analysed 156 variables including work and family situation, clinical profile and criminal background of all 267 patients (247 men and 20 women) in the hospital at the time of the study. The statistical treatment of the data was carried out using the BMDP statistical package.

We observed a high incidence of family conflict and previous criminal behaviour, crimes against property and persons being the most common.

According to CIE 10 the most frequent pathology included schizophrenia, schizoid disorders and delusions. There was a strong negative synergy between mental illness and criminal behaviour.

Key Words: Mental disorders, Prison, Hospital, Crime

INTRODUCCIÓN

La evolución del tratamiento penal del delito y del delincuente ha sufrido a lo largo del tiempo una transformación en la forma y el contenido, con un progresivo desplazamiento al concepto de pena como medio de rehabilitación social del delincuente más que a un objetivo sancionador exclusivo y de disuasión social. La respuesta social ante el enfermo mental que comete una acción delictiva está teñida de una serie de pre-

juicios que determinan un factor asociado de rechazo a la condición de enfermo mental. Nos encontramos ante el concepto de peligrosidad potencial mal utilizado en algunas leyes¹, afortunadamente derogadas, donde la confrontación de una defensa social frente a un supuesto estado peligroso se concretaban en normas que vulneraban derechos fundamentales.

Los ordenamientos contemporáneos, para defender a la sociedad contra determinadas conductas individuales, han establecido, junto a las normas penales

dirigidas a sancionar el delito, una serie de medidas de seguridad. En el caso de aquellos enfermos mentales declarados inimputables o que por la naturaleza e intensidad de su proceso no sean responsables de sus actos o incapaces de comprender el sentido de la sanción penal se establecen una serie de medidas de seguridad entre las que se incluye el internamiento en una institución psiquiátrica cerrada. Estas medidas, tienden a separar temporalmente de la vida social al enfermo peligroso internándolo en un establecimiento psiquiátrico, con la finalidad de proporcionarle una educación para lograr su readaptación social. Una medida de internamiento que no se base en la peligrosidad demostrada procesalmente, no puede orientarse a la reinserción del sujeto convirtiéndose, exclusivamente, en la segregación del enfermo.

Con este estudio pretendemos comprobar si el grupo de pacientes ingresados en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante, suponen un grupo con un alto grado de marginación. El objetivo de nuestro trabajo fue conocer los perfiles médico-psiquiátrico, psico-social y toxicológico de los pacientes ingresados en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante.

MATERIAL Y METODO

El HPPA tiene por misión asistir de forma especializada a los pacientes que están en él recluidos, según los distintos supuestos contemplados en la legislación vigente y a la vez garantizar las necesidades de custodia, seguridad y tratamiento. Fue inaugurado en 1994 y consta de una unidad de enfermería con 16 camas, en la actualidad, destinadas a pacientes con patología orgánica; una unidad de agudos con 24 camas destinada a los pacientes descompensados, en observación y con alto riesgo de suicidio; y tres unidades residenciales con 58, 94 y 95 camas respectivamente. Existe también una unidad o pabellón de mujeres con 45 camas y una unidad de ingresos con 10 camas.

La recogida de los datos se realizó durante 1994 mediante la administración de un cuestionario aceptado voluntariamente, que fue posteriormente contrastado con la historia clínica, testimonios de la sentencia, expediente penitenciario y en algunos casos con las opiniones de los familiares. De cada uno de los pacientes quedaron recogidos 156 variables; entre las que se encuentran: variables sociales (previas al ingreso y penitenciarias); médicas no psiquiátricas; médico-psiquiátricas (historia psicopatológica personal; familiar y actual); jurídico-penitenciarias y delictivas.

La muestra analizada han sido 267 pacientes (247

hombres y 20 mujeres), con una edad media de 40.7 años.

El análisis estadístico de los datos se realizó mediante el paquete estadístico BMDP, (Biomedical Programs) aplicando los programas de análisis univariante o distribución simple de frecuencias y análisis bivariante o asociación entre variables.

RESULTADOS

En nuestra muestra el 73.4% de los sujetos eran solteros y el 64,4% vivían con la familia. Encontramos un alto porcentaje (34.8%) de sujetos que carecen de profesión y desempleados (31.5%) en el momento de cometer el hecho delictivo. A su vez predomina la clase social baja (53.0%), el 29.6% habían ejercido la mendicidad, pero sólo el 6.0% se consideraban vagabundos.

Se observa una alta incidencia de conflictividad familiar, ya que 165 pacientes presentaron algún tipo de patología intrafamiliar, como se observa en el gráfico 1.

Por lo que respecta al historial delictivo, los delitos más frecuentes que motivaron el ingreso, se representan en el gráfico 2, y fueron los delitos contra las personas, y contra la propiedad. Dentro de los delitos contra las personas, los más frecuentes son las agresiones por arma blanca, los parricidios y los homicidios. La figura objeto del parricidio más frecuente es la madre (11 casos) seguida de la del padre y el conyugue (10 y 9 casos, respectivamente).

La patología psiquiátrica de nuestros pacientes según la C.I.E. 10² más frecuente es el del grupo de la Esquizofrenia, Esquizotipia e Ideas Delirantes (F20-F29), le siguen los Trastornos de Personalidad y del comportamiento del Adulto (F60-F69) y en tercer lugar nos encontramos los Trastornos Mentales y del Comportamiento debidos al Consumo de sustancias Psicótropas (F10-F19). Gráfico 3.

Los antecedentes de consumo de drogas previos al ingreso en nuestro hospital se distribuyen entre el consumo de alcohol en el 82.0%, con un consumo medio de 94.1 cc de etanol/día, el 81.7% fumaban tabaco con un consumo medio de 23.9 cigarrillos día y el de cannabis en el 51.7%. Gráfico 4.

Los antecedentes médicos no psiquiátricos se recogen en el gráfico 5; destacando que el 21.0% de los pacientes tenían antecedentes de traumatismo craneoencefálico, la seropositividad para la hepatitis B es del 33.5% y para el virus de la inmunodeficiencia humana del 10.5%.

Los resultados obtenidos para otras variables de nuestro estudio quedan recogidas en el gráfico 6.

GRÁFICO 1

Antecedentes sociofamiliares de los pacientes internos del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante (N=267).

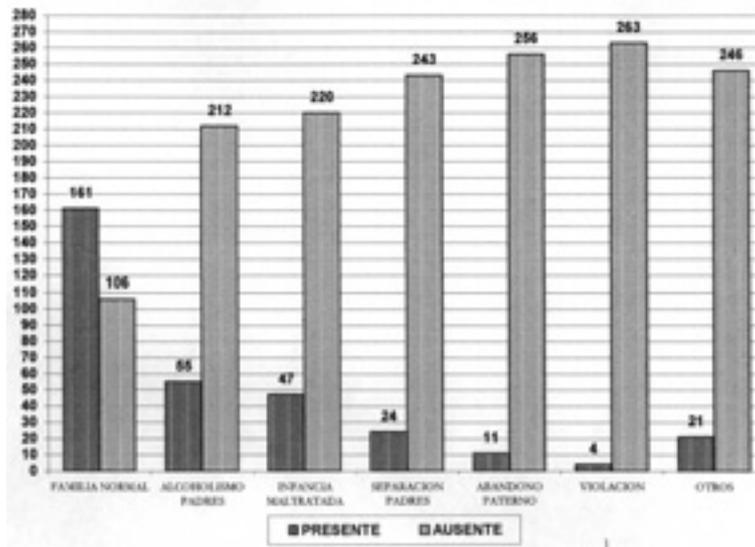


GRÁFICO 2

Delitos tipo cometidos por los pacientes internos del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante (N=267).

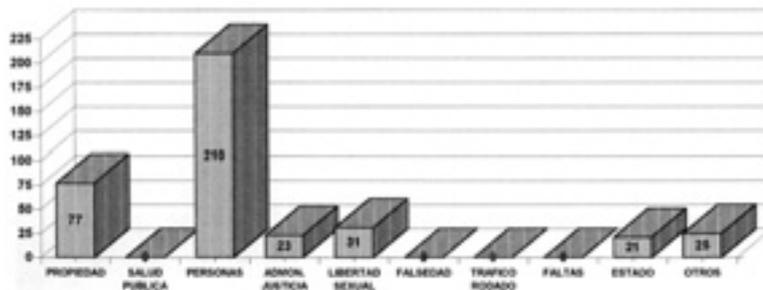


GRÁFICO 3

Diagnósticos, agrupados por categorías principales, según el C.I.E. 10, de los pacientes internos del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante (N=267)

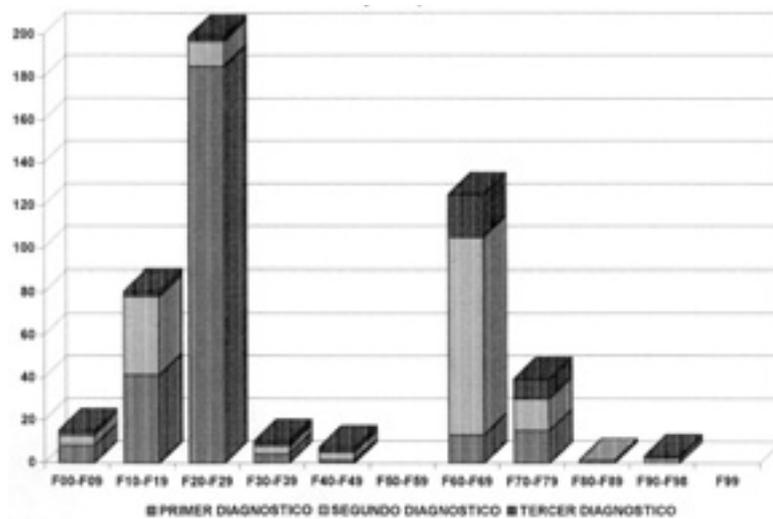


GRÁFICO 4

Antecedentes toxicománicos de los pacientes internos del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante (N=267).

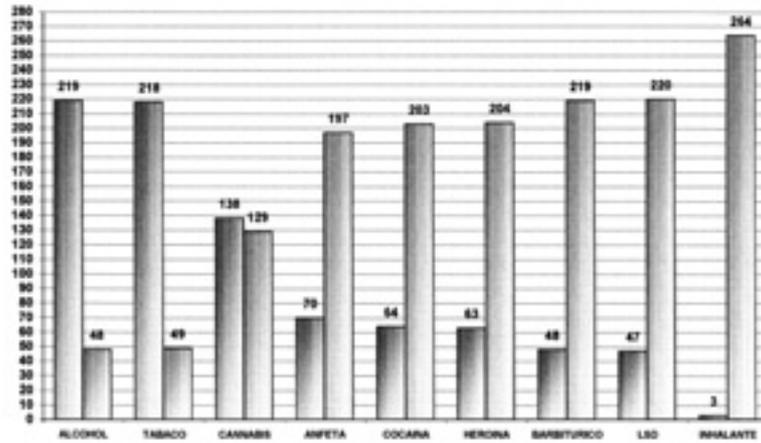


GRÁFICO 5

Antecedentes médicos no psiquiátricos de los pacientes internos del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante (N=267).

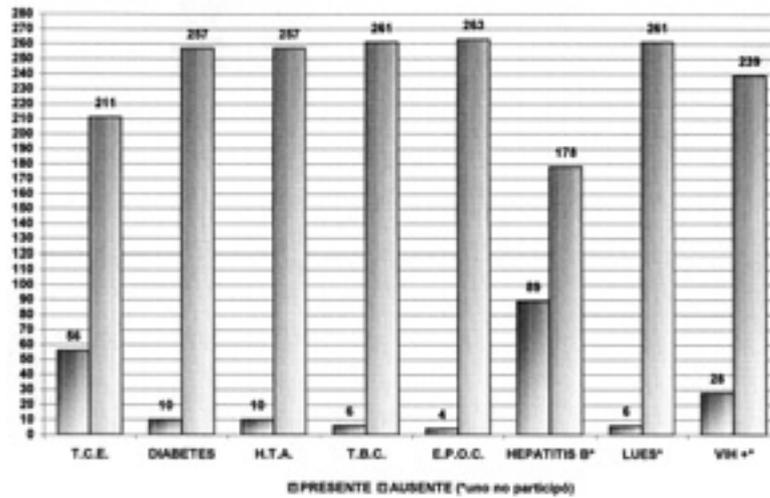
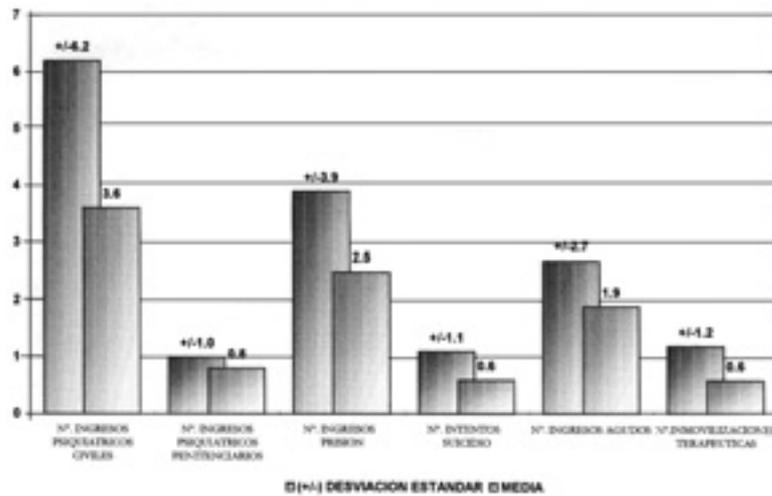


GRÁFICO 6

Variables psiquiátricas de los pacientes internos del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante (N=267)



DISCUSIÓN

La política de salud mental pública oscila entre dos modelos: el modelo médico-psiquiátrico, basado en la necesidad de tratamiento del enfermo mental, y el de la defensa social, basado en el criterio de peligrosidad de estos pacientes. La Ley debe conseguir el equilibrio entre la libertad del individuo enfermo mental con la necesidad de su seguridad y tratamiento, pero también con la seguridad de la sociedad.

La OMS refiere que las alteraciones psiquiátricas en las sociedades occidentales presentan una incidencia entre el 15 y el 65 %. La incidencia de enfermos psíquicos entre la población penitenciaria es siete veces mayor que en la población general³. Por otro lado, la delincuencia en muchos casos está relacionada con la enfermedad mental, hasta el extremo que se ha propuesto que la criminalidad y la violencia de los enfermos mentales son una consecuencia de su enfermedad, pudiendo incluso afirmarse que los enfermos mentales cometen delitos más violentos que las personas que no lo son⁴⁻⁷.

Nuestra muestra que representa a la totalidad de los pacientes existentes en el hospital Psiquiátrico penitenciario de Alicante en la fecha considerada, es suficientemente representativa de la población penitenciaria enferma mental. En 1989, DOVAL-PAIS realiza un estudio en el mismo hospital. De los 222 pacientes, 64 eran internados judiciales por el art. 8.1 del CP derogado (28.8%). En nuestro estudio hemos encontrado 221 pacientes internados judiciales por el mismo art. (82.8%). Esta diferencia es debida a que en 1989 existían dos hospitales psiquiátricos penitenciarios de capacidad similar en Alicante y Madrid y un grupo importante de pacientes de nuestro Hospital, lo constituían los afectados de psicopatía, siendo su situación judicial la de penados. En la actualidad, éstos pacientes se encuentran en Centros Penitenciarios de Cumplimiento.

No podemos olvidar que existen enfermos mentales judiciales en los Hospitales Psiquiátricos no penitenciarios, si bien su número es mucho menor, y aunque la patología puede ser igual de severa, la criminalidad ha tenido menos repercusión social. Tampoco somos ajenos a la problemática de la enfermedad mental existente en sujetos ingresados en centros Penitenciarios.

La población estudiada posee unas connotaciones negativas; la enfermedad mental y la conducta delictiva que implican altos niveles de marginación social.

La mayoría de los pacientes, el 55.8%, vivían con su familia natural, coincidiendo con los resultados que obtienen otros autores³. Sólo el 6% no tienen domicilio fijo, uno de los mejores predictores de las con-

ductas antisociales en los enfermos mentales es el analfabetismo y la baja cualificación laboral^{8, 3}. En nuestro estudio el 7.5% de los pacientes eran analfabetos y el 71.9% carecía de empleo; no teniendo profesión conocida el 34.8%. En grupos de población con niveles socioeconómicos bajos se encuentra una alta prevalencia de patología psiquiátrica. La tasa de morbilidad psiquiátrica es más alta en las zonas más desorganizadas o marginales de la ciudad.^{8, 9}

Algunos autores se preguntan si en la actualidad las prisiones están reemplazando al sistema sanitario con los enfermos mentales sin hogar, ya que éstos acababan antes en la cárcel cuanto más grave sea su trastorno psíquico, cuanto antes se descompensen y cuanto más deficiente sea el tratamiento posthospitalario recibido^{10, 11}. En nuestro estudio, habían ejercido la mendicidad el 29.7% de los pacientes, de los que el 60% tenían por segundo diagnóstico los trastornos por consumo de sustancias psicotropas

Numerosos autores coinciden en el hecho de que patrones de conflictividad familiar, la existencia de antecedentes psicopatológicos tienen una gran relación con la patología psiquiátrica y la historia delictiva del paciente. Los hogares con padres violentos son más decisivos en la formación de una personalidad delictiva. Así, los pacientes sometidos a estados afectivos de tensión o carenciales están más predisuestos a la delincuencia y a la reincidencia¹²⁻¹⁷. En nuestro estudio, casi un 12% de los sujetos presentan antecedentes de enfermedad mental en uno de los progenitores y más del 50% de los pacientes tenían antecedentes de algún tipo de conflictividad familiar.

Las tasas de suicidio en pacientes psiquiátricos difieren según distintos estudios entre el 4-55%, siendo en la población penitenciaria de 7 a 9 veces superior^{18, 19}, por lo que los enfermos mentales y los presos son dos grupos de alto riesgo, en nuestro caso el intento de suicidio es la forma más frecuente de conducta autolítica (32%).

El consumo de sustancias tóxicas es, en muchos casos, el origen de la patología psiquiátrica y en otros coexiste con la patología psiquiátrica primaria. Un gran número de autores señalan la relación entre enfermedad mental y el consumo de drogas y de éste con la comisión de delitos, demostrándose que el consumo de tóxicos aumenta el índice de criminalidad entre 4 y 6 veces y que el tipo de delito suele ser más violento.^{20, 21}

En nuestro medio, y según datos procedentes de diversas instituciones²², se estima que un tercio de la población reclusa tiene antecedentes de abuso de alcohol antes de ingresar en prisión, encontrando asociación entre su consumo y la comisión de delitos.

Según la OMS, se estima que la incidencia de la esquizofrenia es del 1,5-4,2/100.000 habit. El diagnóstico psiquiátrico más frecuentemente asociado a violencia es el de esquizofrenia, seguido de los trastornos de la personalidad. En nuestro estudio el 74,5% tienen como diagnóstico la esquizofrenia, según la CIE-10.

Según el Comité Presidencial sobre retraso mental de los Estados Unidos de América hay tres veces más enfermos con retraso mental en las cárceles que en la población general y la reincidencia es mayor en estos enfermos, lo que dificulta su reinserción en la sociedad. Hemos encontrado el 14,6% de pacientes con este diagnóstico.

La estrategia tradicional, limitada a reaccionar frente a la delincuencia provocada por la enfermedad mental únicamente con medidas penales no es suficiente. Se deberían de adoptar medidas con un enfoque más amplio, que tengan como objetivo minimizar e incluso suprimir los factores individuales, familiares, sociales y culturales que la favorecen. La barrera principal que interfiere con la normalización social del enfermo mental es la falta de programas alternativos que hagan posible la integración social digna en la comunidad^{23, 15}. Desde el punto de vista penitenciario, se debe realizar una tarea de educación para permitirles encontrar un medio de subsistencia al salir del hospital. Lo ideal es que existieran instituciones con diferentes grados de seguridad.

En la actualidad, el tratamiento de los enfermos mentales se basa fundamentalmente en el tratamiento farmacológico, olvidando en numerosas ocasiones otros tipos de terapia: conductual, cognitiva, habilidades sociales, familiares, etc.; en nuestro hospital ocurre algo similar. La evolución al tratamiento es considerada por los especialistas como buena en un 83,5%, relacionándose de forma directa con la participación en actividades deportivas, lúdicas.

Como resumen final consideramos que existe la necesidad de instituciones cerradas de régimen especial que contemplen la peculiaridad de estos enfermos. La ausencia de una red de recursos socio-sanitarios nos obliga a asumir y aceptar la persistencia de este tipo de instituciones, que sin embargo, siempre pueden y deben ser mejorables.

Existe una sinergia de potenciación negativa entre enfermedad mental y delincuencia, expresada de forma clara en la población del HPPA, el delito cometido con más frecuencia entre la población estudiada es el delito contra las personas lo que defiende un umbral de tolerancia social estructurada sobre el concepto de riesgo para la integridad de terceros.

Creemos que la existencia del HPPA está justificada, desde el punto asistencial, para tratar y acoger

a estos enfermos que han cometido un delito y que presentan una peligrosidad para terceros, lo que se traduce, a su vez, en una indicación social, que se ajusta a lo establecido por la Ley, adaptándose a los estándares asistenciales de Hospitales con idénticas características. La interpretación del espíritu y de la letra de la norma jurídica exige aplicar las medidas legales de forma personalizada e individualizada, lo que redundará en beneficio de los pacientes y de la institución.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ley 4 de Agosto de 1933 de Vagos y Maleantes.
2. CIE-10 Décima Revision de la Clasificación internacional de las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento. OMS. Madrid: Meditor, 1992; 424.
3. Mendelson, EF. A survey of Practice at a Regional Forensic Service: What Do Forensic Psychiatrists Do? Part I-II: Characteristics of cases and distribution of work. *British Journal Psychiatry* 1992; 160: 769-772; 773-776.
4. Rollin H. A hundred years ago: the treatment of habitual criminals. *British Journal Psychiatry* 1993; 162-277.
5. Hodgins S, Cote G. The criminality of mentally disordered offenders. *Criminal Justice-Behaviour* 1993; 20: 115-129.
6. Monahan J. A terror to their neighbors: Beliefs about mental disorder and violence in historical and cultural perspective. *Bull Acad Psychiatry* 1992; 20: 191-195.
7. Tobey LH, Bruhn AR. Early memories and the criminally dangerous. *J Pers Assess* 1992; 59: 137-52.
8. Seva A. Morbilidad psiquiátrica en los medios urbanos y rurales. *Psiquiatría* 1994; 6: 21-24.
9. Rubio V, Muro C. Marginación y enfermedad mental. *Psiquiatría* 1994; 4: 43-48
10. Rojas Marcos L. Las semillas de la violencia. Madrid: Espasa Calpe, 1995; 228
11. Solé-Puig J. Enfermos mentales sin hogar. *Rev Psiquiatría Fac Med Barna* 1994; 21: 126-134.

12. Dutton DG, Hart SD. Risk markers for family violence in a federally incarcerated population. *International Journal of Law and Psychiatry* 1992; 15: 101-112.
13. Yellowless PM, Kaushik AV. The broken hill psychopathology project. *Aust N Z J Psychiatry* 1992; 26: 197-207.
14. Gabel S, Shindledecker R. Characteristics of children whose parents have been incarcerated. *Hosp Community Psychiatry* 1993; 44: 656-660.
15. Irastorza J, Rojano P, Crisóstomo R, Martínez MJ. Morbilidad psiquiátrica juvenil en un área rural de Madrid. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr* 1993; 21: 231-235.
16. Núñez-Curras M, Loza-Ardila C. La conducta delictiva: algunas variables de riesgo y prevención. *Psicopatología (Madrid)* 1992; 12: 67-72.
17. Osuna E, Luna A. Family conflictivity and social maladjustment. *Med Law* 1988; 7: 371-376.
18. Bland RC, Newman SC, Dick RJ, Orn H. Prevalence of psychiatric disorders and suicide attempts in a prison population. *Can J Psychiatry* 1990; 35: 407-413.
19. Marcus P, Alcabes P. Characteristics of suicides by inmates in an urban jail. *Hosp Community Psychiatry* 1993; 44: 256-261.
20. Buckley P, Thompson P, Way L, y cols. Substance abuse among patients with treatment-resistant schizophrenia: characteristics and implications for clozapine therapy. *Am Journal Psychiatry* 1994; 151: 385-389.
21. Harrison LD. Trends in illicit drug use in the United States: conflicting results from national surveys. *International Journal Addict* 1992; 27: 817-847.
22. Situación sociosanitaria de la población que ingresó por primera vez en prisión en 1996. Subdirección General de Sanidad Penitenciaria. Madrid 1997.
23. Aviram U. Screening services in civil commitment of the Mentally III: An attempt to balance individual liberties with needs for treatment. *Bull Am Acad Psychiatry Law* 1993; 21: 195-211.

CORRESPONDENCIA

Dra. Cristina Iñigo Barrios
Servicio Médico
Centro Psiquiátrico Penitenciario de Alicante
Ctra. Madrid-Alicante s/n - 03113 ALICANTE