



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Facultat de Dret
Facultad de Derecho

FACULTAD DE DERECHO
GRADO EN CRIMINOLOGÍA
TRABAJO FIN DE GRADO
CURSO ACADÉMICO 2014-15

**TÍTULO: DELINCUENTES CON TRASTORNO ESQUIZOFRÉNICO:
¿MAYORES PROBABILIDADES DE REINCIDIR?**

AUTOR:

IVÁN ORTEGA GRAN

TUTOR ACADÉMICO:

Prof. D^a. LAURA FÁTIMA ASENSI PÉREZ

Resumen:

Desde la antigüedad, siempre se ha relacionado a las personas con una enfermedad mental, sobre todo a las que padecían esquizofrenia o paranoia dada la rareza y espectacularidad de sus síntomas y las características y circunstancias de los delitos cometidos, con la comisión de delitos o de hechos que escapan a la lógica. Todos han coincidido siempre en que estos sujetos son potencialmente peligrosos y cuando han cometido algún hecho delictivo se le ha dado mucha importancia y han generado gran alarma social. El dato de que en prisión hay un porcentaje mucho mayor de enfermos mentales que en la sociedad general ha contribuido a retroalimentar aún más el círculo que se cierne sobre estos sujetos, dentro de los cuales, los esquizofrénicos, dadas las grandes afectaciones psicológicas que los caracterizan (afectación global), son los más temidos. Se les clasifica de antemano en un grupo con nulas posibilidades de resocialización y, por ello, como reincidentes, pero no se va más allá para ver si es o no cierto estudiando objetivamente los datos y si reinciden debido a la concurrencia de determinadas circunstancias externas que les impiden controlar sus actos. En este trabajo se estudiarán estas circunstancias que reducen la eficacia de los tratamientos psicológicos impuestos en prisión, su importancia y, a partir de esto, si tienen mayores o menores probabilidades de reincidir que el resto de delincuentes.

Palabras clave:

Enfermedad mental. Esquizofrenia. Delincuencia. Reincidencia. Tratamiento.

Abstract:

Since antiquity, the society have always joined people with mental disorder, more concretely, people with schizophrenia and paranoia due to their spectacular symptoms, with crimes and incidents that they don't understand because they are illogical. All of them have always agreed that those kinds of people were potentially dangerous and when they have committed any criminal fact, the Medias and the Government have considered them very important and, consciously or not, they have contributed to increase the social alarm. The datum that in prison the percentage of people that suffer a mental illness is higher than in the society has contributed to feed all the information about this issue and, schizophrenics, because of the bigger psychological affectations that characterize them, are the frightening group. The society includes them in the group of people with less possibilities of rehabilitation, that is, in recidivism people's group, but they don't go further in order to see if it's true or not. To do that, they would have to study objectively all the data and look if they reoffend because of some external circumstances that don't allow them to control their internal impulses. If they do these, they could find out the things that reduce the efficacy of prison mental treatments, their importance, and then, if they have more or relapse probabilities than the rest of the prisoners.

Keywords:

Mental illness. Schizophrenia. Crime. Relapse/Recidivism. Mental Treatment.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.	5
A. PRIMERA APROXIMACIÓN AL PROBLEMA: LA PERCEPCIÓN CIUDADANA.	5
B. RECORRIDO HISTÓRICO: LOS TRASTORNOS MENTALES A LO LARGO DE LA HISTORIA.	6
C. LA ESQUIZOFRENIA.	8
D. EL CONCEPTO DE REINCIDENCIA DELICTIVA.	10
2. METODOLOGÍA.	13
3. DESARROLLO.	18
A. INCIDENCIA DE LA ESQUIZOFRENIA EN LA POBLACIÓN GENERAL VS. EN LA POBLACIÓN RECLUSA.	18
B. LAS CAUSAS MÁS COMUNES DE LA REINCIDENCIA EN SUJETOS CON ESQUIZOFRENIA.	25
4. CONCLUSIONES.	35
5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	38
6. ANEXOS.	46

1. INTRODUCCIÓN

A. PRIMERA APROXIMACIÓN AL PROBLEMA: LA PERCEPCIÓN CIUDADANA

"La mayor parte de las personas violentas no tienen una enfermedad mental y, con tratamiento, la persona con un trastorno mental no es más peligrosa que la población general" (APA, 1994)

Mediante esta afirmación, la Asociación Americana de Psiquiatría quería poner de manifiesto que aquellos sujetos que padecen una enfermedad mental no tienen por qué tener una mayor predisposición hacia la violencia como socialmente es percibido. Obviamente, al igual que ocurre cuando comparamos los accidentes en los que intervienen automóviles y los de los aviones, a pesar de que los primeros son mucho más frecuentes, al ser los segundos de mayor gravedad y tener peores consecuencias (práctica imposibilidad de que los pasajeros puedan sobrevivir), son los que mayor repercusión social tienen y a los que se les da una mayor cobertura, a pesar del bajo número de casos que se dan. Podríamos decir que los accidentes de tráfico los tomamos como algo común e inevitable; un peligro potencial irremediable unido a la conducción. En el caso de los delitos cometidos por enfermos mentales, las conclusiones obtenidas con anterioridad se pueden extrapolar, ya que todos los días se cometen delitos por sujetos a los que podríamos considerar como "cuerdos" y que nos pueden impactar más o menos por diversas causas, pero siempre se le dará una mayor importancia e incluso se incitará para producir una alarma social por parte de los medios o los poderes públicos cuando el sujeto que haya llevado a cabo el hecho haya sido un enfermo mental, ya que, por un lado, las particularidades en el modo de ejecución del hecho (debido a la violencia empleada, las armas utilizadas, la planificación milimétrica de los pasos a seguir, etc.) y lo inesperado del acto al no poder nadie anticipar lo que luego terminaría ocurriendo (debido a que actúan movidos por sus delirios y muchos de ellos no los externalizan en las relaciones diarias, ya sea porque no se trata su tema delirante, no confían en nadie o se encontraban planificando los actos) generan un sentimiento de inseguridad en la población y, por ende, una necesidad de vigilancia y de una

reformulación punitiva de las leyes. Nos hace pensar que cualquiera de nosotros podría ser una potencial víctima al no haber una explicación racional sobre las causas de los sucesos ni un patrón que pueda hacernos intuir quiénes pueden ser los sectores más vulnerables o preferenciales de sus ataques.

Lo anterior se refleja fielmente en las encuestas de opinión ciudadana sobre la violencia, según las cuales, en el 2006, obtuvieron entre otras conclusiones que la población veía al colectivo de personas con trastorno mental como el más violento o con mayor predisposición a la violencia. Pormenorizadamente, el 60% de la población pensaba que las personas con esquizofrenia eran más propensas a actuar con violencia y el 32% restante, que eran las personas que tenían un Trastorno Depresivo Mayor los que mayor predisposición tenían hacia la violencia. Asimismo, en un estudio longitudinal de actitudes ciudadanas sobre salud mental realizado en los Estados Unidos entre 1950 y 1996 se llegó a la conclusión de que la mayoría de los ciudadanos creían que las personas con enfermedades mentales eran peligrosas y representaban una amenaza para sí mismos y para la sociedad en general, y, además, en esos cuarenta y seis años el número de personas que mantenían dicha postura se duplicó (Pescosolido, et al., 1996, Pescosolido et al., 1999).

Pero, ¿qué es aquello que hace a los enfermos mentales más propensos a sufrir esta estigmatización? ¿Es merecida esta fama o son leyendas alimentadas socialmente?

B. RECORRIDO HISTÓRICO: LOS TRASTORNOS MENTALES A LO LARGO DE LA HISTORIA

Los enfermos mentales siempre han estado rodeados de misterio y vistos con cierto recelo por parte de la sociedad. Ya en la Edad Media se les consideraba como poseídos por el demonio, dados sus comportamientos y pensamientos y, por ende, se les ejecutaba. Esta doctrina sería la que reinaría hasta entrado el siglo XVIII, tras muchos intentos por cambiar las concepciones dominantes y tras los ideales que el Renacimiento y la Ilustración instauraron en la sociedad, a la cual, en mi opinión, "humanizaron" al prohibir determinadas conductas y al introducir a la ciencia y al conocimiento como

prioridades en contraposición a la religión que había sido la regla por la que todos se regían anteriormente. Esto se cristalizó en la sentencia de inimputabilidad dictada por un tribunal anglosajón, en 1724, en la cual se le veía como a un enfermo que no era consciente de sus actos y que por lo tanto no se le podía castigar por ello. En el siglo XIX, con el desarrollo más riguroso de la psicología criminal y con Cesare Lombroso como uno de sus máximos exponentes, se dio otro paso más y se buscaron las causas de la delincuencia y de las enfermedades. Así, en "El hombre criminal", Lombroso (1895) recogió los rasgos que caracterizaban a los delincuentes mediante el estudio de sus características. Con éstas hacía una comparación entre su morfología y sus aspectos psicológicos. Anteriormente a esto, en 1872, había publicado el libro "Memoria sobre los Manicomios Criminales", en el cual expuso "la necesidad de que existieran manicomios para criminales y de que los locos no estuvieran en las prisiones, si no en instituciones especiales". Diferenciaba entre los delincuentes normales y los que habían cometido delitos afectados por alguna enfermedad mental y creía necesaria la separación de ambos dado que sus necesidades y motivaciones no eran similares. Asimismo, defendía que a los "locos" se les tenía que recluir en Manicomios Criminales debido a que constituían una amenaza para la sociedad (Luis Manzanera, 2003).

Desde Lombroso hasta la actualidad, la ciencia y la medicina han avanzado y las anteriores teorías han sido desterradas (por ejemplo, ya no se considera que haya unos rasgos morfológicos que sean característicos o indicadores de la delincuencia) y al enfermo mental se le considera, como expone la Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES), como un "sujeto que tiene una alteración de tipo emocional, cognitivo y/o del comportamiento, en que quedan afectados procesos psicológicos básicos como la emoción, motivación, cognición, etc." Por lo que, de dicha definición se deduce que los trastornos mentales producirán, asimismo, una dificultad de adaptación más o menos grave al entorno social y cultural del sujeto al tener dichas capacidades alteradas, pudiendo provocar incluso algún malestar en aquellos que le rodean. También exponen que para considerar que un sujeto tiene una enfermedad mental es necesario que un médico psiquiatra haya realizado un diagnóstico.

Ahora que hemos contextualizado la situación actual y la percepción ciudadana y hemos dado unas pinceladas de historia y sobre los posibles orígenes de la visión

negativa del enfermo mental, debemos ceñirnos a nuestro objeto de estudio, que sería la esquizofrenia, centrandó la atención en la misma y dejando el resto de patologías que componen el amplio espectro de los trastornos mentales. Así pues, como primera aproximación, es importante señalar que lo que más caracteriza a la esquizofrenia y que salta a la vista al tener contacto con un individuo aquejado de la misma es la afectación global de las capacidades volitiva y afectiva, ya que es el conjunto de síntomas lo que nos muestra que estamos ante una esquizofrenia. Esto indica que, por ejemplo, la mera tenencia de delirios o ideación suicida sin ninguna afectación más no puede ser diagnosticada de esquizofrenia, sino de trastorno delirante, bipolar, esquizoafectivo, etc.

C. LA ESQUIZOFRENIA

La primera definición que se dio de la esquizofrenia la señalaba como "una serie de síndromes clínicos cuya común característica la constituye la destrucción de la correlación o armonía interna de la personalidad, con preferente partición de la afectividad y voluntad" (Kraepelin, 1887). Este autor la definió como "demencia precoz", ya que advirtió que se daba una afectación global de las capacidades intelectuales de los sujetos. El término esquizofrenia propiamente dicho, que significa mente dividida, fue introducido por Bleuler (1911), ya que consideraba que el síntoma nuclear del trastorno era la "disgregación mental". Después de él, se han dado muchas definiciones del término por las diversas asociaciones internacionales (OMS, CIE-10, DSM-IV, etc.) y se la incluye junto al trastorno delirante y al esquizotípico dentro de las psicosis persistentes, es decir, de larga duración. Siendo el manual DSM V (2014) el que me servirá de guía para poder diagnosticar de esquizofrenia a una persona, es necesario que se den los siguientes criterios:

Criterio A. Que aparezcan dos o más de los siguientes síntomas, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de tiempo durante un mes, y alguno de ellos debe ser el 1, 2 o 3:

1. Delirios.
2. Alucinaciones (siendo las auditivas las más frecuentes).

3. Discurso desorganizado.
4. Comportamiento muy desorganizado o catatónico
5. Síntomas negativos.

Es importante reseñar que, al igual que expone el CIE-10 (1992), ninguno de los síntomas por sí solos implican la tenencia de este trastorno, sino que es necesario que aparezcan varios de ellos, ya que como la esquizofrenia implica una afectación global de la psique, la aparición de uno de ellos sería indicativo de otra alteración psicológica.

Están diagnosticados varios tipos de esquizofrenia (desorganizada, catatónica, residual...), pero la que más nos interesa debido a que es la más frecuente y la de mayor importancia médico-legal, dados los actos agresivos que se derivan de los síntomas que padece el sujeto, sería la paranoide. Ésta se caracteriza por la presencia de ideas delirantes o alucinaciones en un contexto de conservación relativa de la capacidad cognoscitiva y de la afectividad. Esto es, que los sujetos que la padecen son más peligrosos debido a que pueden actuar movidos por sus ideas delirantes, pero en todo momento saben aquello que está bien y lo que está mal, saben dónde se encuentran, etc. La parte afectada sería la relacionada con su delirio y, cuando llevan a cabo un acto delictivo, lo justifican y se encuentran orgullosos del mismo, debido a que lo encuentran lógico y totalmente justificado gracias a que las alucinaciones y delirios se lo inculcaron y mostraron una visión del mundo y de la persona en cuestión en la que se presentaba como necesaria su acción en pos de una convivencia ordenada. Lo anterior implica una dificultad a la hora de poder conseguir un arrepentimiento por el hecho cometido al encontrarlo totalmente necesario, por lo que la alarma social y la situación de inseguridad ante este mal pronóstico que crean estos sujetos es alta.

Por tanto, si los sujetos cuando cometen los hechos no se arrepienten y los tratamientos que se les dispensan pueden no surtir el efecto deseado, o pueden no seguirlos, las tasas de reincidencia delictiva de los esquizofrénicos debería ser alta, pero, ¿qué podemos considerar como reincidencia y qué entiende nuestro Código Penal como tal?

D. EL CONCEPTO DE REINCIDENCIA DELICTIVA

Según el diccionario de la Real Academia de la Lengua, la reincidencia sería "la reiteración de una misma culpa o defecto" y, aplicada al Derecho, "la circunstancia agravante de la responsabilidad criminal consistente en haber sido reo condenado antes por un delito análogo al que se imputa"; esto es, el haber cometido un delito de similares características con anterioridad y haber sido condenado por el mismo, lo cual conlleva un agravamiento de la condena por este delito posterior. Se pueden diferenciar varios tipos de reincidencia según la forma en que ésta sea medida, pudiendo considerar como reincidente a los sujetos que han sido detenidos por un hecho delictivo cuando anteriormente ya habían sido detenidos (reincidencia policial), a los que han reingresado en prisión por un nuevo hecho delictivo (reincidencia penitenciaria), a los que se les ha abierto un nuevo proceso penal (reincidencia penal) o a los que han cometido un nuevo delito de carácter violento (reincidencia violenta). También existe la denominada reincidencia informada o por inculpación, que incluiría aquellos delitos que son declarados por sus autores, aunque ésta podría ser incluida dentro de las anteriores (Miriam Sánchez, 2014). Según los atributos que se tengan en cuenta, la población objeto de estudio y los resultados obtenidos variarán; no pudiendo en muchos casos generalizar y extrapolar los datos a la totalidad de la reincidencia de un lugar. En este caso, para realizar este trabajo se tendrán en cuenta todos los tipos de reincidencia para así poder expresar lo más fielmente posible la realidad actual en dicho ámbito.

Este agravamiento de la condena, como bien expresa Cobo del Rosal y Quintanar (1999) en su manual de Derecho Penal, se relaciona con fines político-criminales, ya que "la reincidencia reviste un carácter indiciario, constituyendo un atisbo de la eficacia del sistema penal (su piedra de toque), de modo que la mera observación de los índices de reincidencia nos pueden servir para hacernos una idea sobre la eficacia de dicho sistema, la cual se hace patente en la prevención general o capacidad de intimidación del Derecho Penal y en la especial o la evitación de que el sujeto reincida. Unos bajos índices de recaídas mostrarán que la pena y el sistema de Justicia han tenido un carácter resocializador e intimidador en el sujeto y que los tratamientos que se les han aplicado han sido los adecuados; pero si los sujetos reinciden lo que hacen es poner patente una ineficacia del sistema penal para su control y cambio, por lo que necesitaría una

reforma". Este problema ya fue exteriorizado por Von Liszt (1905), quien expresó que los dos problemas más graves que afectaban a la política criminal de su tiempo eran la lucha contra la reincidencia y la salvación de los delincuentes ocasionales. Por tanto, no es un problema nuevo ni de fácil solución.

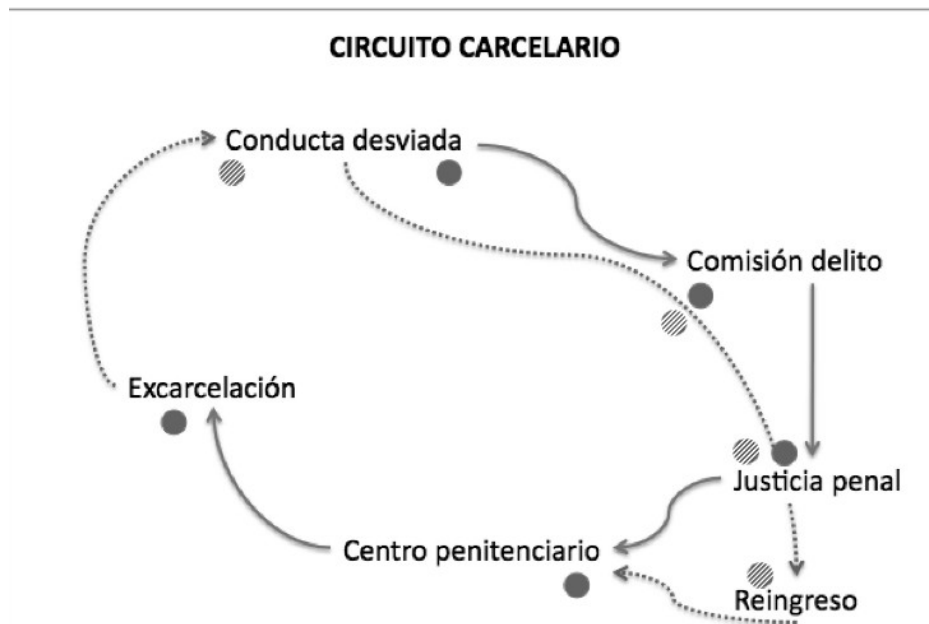


Figura 1: Marcuello-Servós, C., García-Martínez, J. (2011). La cárcel como espacio de de-socialización ciudadana: ¿fracaso del sistema penitenciario español? *Portularia*, 11(1), 49-60. Doi:10.5218/Prts.2011.0005.

Asimismo, la agravación de la condena por reincidencia se fundamenta, aparte de en la quiebra de los valores y los principios sociales y del propio Sistema Penal, que ya lo trató con anterioridad de forma ineficaz y en la mayor peligrosidad y nocividad del sujeto en relación a los demás delincuentes que tan sólo delinquen en una ocasión. Mayor peligrosidad para la sociedad en el sentido de que haber cometido varios delitos de similares características implica en la mayoría de casos una especialización, que conlleva una "profesionalización", es decir, el usar el delito y el crimen como medios de vida; el aprendizaje de conductas y actividades dirigidas a realizar las tareas de una forma más eficaz y que reducen el riesgo de detención (mayor rapidez, menos daños, no dejar huellas ni otros indicios, el uso de técnicas violentas, etc.); la resistencia al cambio de conducta tras haberse sometido de forma no fructífera a un tratamiento resocializador; y, por encima de todo, el indicador de que el sujeto ha iniciado una carrera delictiva, las cuales se ha demostrado que tienden a estabilizarse al reducirse los

vínculos con las personas con conductas prosociales y aumentarse los antisociales; la llamada “afinidad” por David Matza (1969). Por otro lado, según Terrie Moffitt (1993), en su distinción de los delincuentes, “el comportamiento antisocial de los delincuentes reincidentes tiene su origen en los procesos de desarrollo neuronal y empieza en la infancia y continúa persistentemente hasta la mediana edad, y el de los delincuentes adolescentes tiene su origen en los procesos sociales, empieza en la adolescencia y cesa cuando se alcanza la madurez”; por lo que para la autora, la educación, la cultura y el medio social tienen una gran influencia en la iniciación y continuación de la conducta delictiva; más que los problemas mentales sobre los que estamos tratando en este trabajo.

En nuestro Código penal se recoge la definición sobre lo que se entiende por ser reincidente en el artículo 22.8ª, que expresa que "hay reincidencia cuando, al delinquir, el culpable haya sido condenado ejecutoriamente por un delito comprendido en el mismo título de este Código, siempre que sea de la misma naturaleza. Los antecedentes penales cancelados o que debieran estarlo no se computarán". Esto significa que si un sujeto ha cometido, por ejemplo, un delito de estafa y, posteriormente comete un asesinato, éste no se considerará como reincidente pese a haber cometido un delito con anterioridad al no encontrarse en el mismo título.

Asimismo, el artículo 66.1.5ª también hace referencia a la reincidencia, aunque en este caso se trata de la agravante de multirreincidencia, según el cual, "cuando se trate de delitos dolosos, los jueces y tribunales podrán aplicar la circunstancia agravante si el culpable al delinquir hubiera sido condenado ejecutoriamente al menos por tres delitos comprendidos en el mismo título de este Código, siempre que sean de la misma naturaleza". Esta agravante consiste en la aplicación de la pena superior en grado a la prevista para el delito de que se trate, teniendo en cuenta las condenas pendientes y el nuevo delito cometido. En este caso queda claro que si bien esta exasperación de la pena se puede deber también a la quiebra de la confianza del sistema y de la ineficacia del mismo, el criterio rector por el cual se utiliza es el de la peligrosidad del sujeto, ya que el que haya cometido tres delitos ya implica que no es un simple delincuente ocasional, sino que se acerca a la profesionalización o a la delincuencia como medio de vida (García-Pablos, 2008). También se puede agravar la pena para aumentar el castigo, la ejemplaridad y el temor que infunden las penas en aras a evitar que en un futuro vuelvan

a delinquir al encontrar muchas más desventajas que ventajas de la comisión de los hechos delictivos, como muestra la Teoría de las Actividades Rutinarias (Cohen y Felson, 1979).

Por tanto, tras averiguar lo que nuestro Código Penal entiende por reincidencia y teniendo en cuenta las características particulares que hacen de este grupo de enfermos mentales más propensos, en principio, a actuar de forma violenta, se hace necesaria una búsqueda y puesta en común de los estudios e investigaciones publicados sobre este tema con el objetivo de averiguar si realmente esto es así y los sujetos con esquizofrenia son más propensos a reincidir, si tienen las mismas posibilidades de reincidir que el resto de la sociedad o si muchos de ellos reinciden debido a la confluencia de factores externos que pueden alterar la eficacia de los tratamientos aplicados en prisión o centros psiquiátricos (en caso de inimputables).

2. METODOLOGÍA

Para la elaboración de la investigación, he realizado una síntesis y recopilación de los estudios que se han realizado sobre las causas más frecuentes por las cuales los esquizofrénicos vuelven a cometer hechos delictivos tras haber pasado por la prisión o los centros psiquiátricos, con el objetivo de averiguar si son causas endógenas o genéticas las que les inducen a cometer nuevos delitos o son otros factores externos a los mismos los que, al afectar a su inteligencia y voluntad, les impide controlar sus impulsos (comorbilidad, por ejemplo). Este estudio será muy importante para así demostrar si esa alarma social que existe en la sociedad tiene alguna base real o es totalmente infundada al corresponder las tasas de reincidencia de los esquizofrénicos con la del resto de enfermedades mentales y con las de los individuos sin ninguna alteración psicológica.

Únicamente aquellas investigaciones realizadas que versen sobre la peligrosidad de los sujetos con padecimientos psicóticos que han quebrantado la ley, y han cumplido una pena con anterioridad por ello, y que muestren las tendencias y probabilidades a

volver a actuar de la misma manera (reincidir) tras haber recibido o no un tratamiento, serán las que van a ser de utilidad para poder analizarlos y obtener mis conclusiones.

Por otro lado, mostraremos los datos que se han obtenido al realizar estudios sobre la distribución de la población carcelaria para averiguar si varían los porcentajes de personas mentalmente sanas y enfermos mentales en las prisiones y en la sociedad general. Éste puede ser un buen indicativo sobre si hay una mayor predisposición en los sujetos con trastornos mentales a cometer delitos y sobre si una posible mayor comisión de delitos por parte de estos sujetos al cumplir su condena puede venir condicionada por el hecho de que en las prisiones pueda haber un mayor porcentaje de enfermos mentales que de personas sin alteraciones o por la falta de tratamientos eficaces en las mismas. Asimismo, el conocer si los sujetos entran en prisión mentalmente cuerdos y es en ésta donde desarrollan o acrecientan sus síntomas psicóticos nos puede servir para resaltar una problemática que parece pasar desapercibida para que así se pongan medios que redunden tanto en el buen ambiente y eficacia del tratamiento en prisión como en la rehabilitación de los penados.

En este sentido, las investigaciones que servirán para obtener las conclusiones serán aquellas que muestren, tanto los porcentajes de sujetos con trastornos mentales tanto dentro de prisión como en el general de la población, como aquellos que expongan las estadísticas sobre consumo de sustancias de abuso en prisión y su relación con la aparición de trastornos mentales, con el objeto de intentar correlacionar la mayor peligrosidad derivada de los trastornos esquizofrénicos o la relación de causalidad entre la comorbilidad y la aparición de dichos trastornos, la ineficacia de los tratamientos y, por ende, de la mayor probabilidad de reincidencia futura.

Lo anterior nos tendrá que llevar a la conclusión sobre qué es aquello que les lleva a reincidir, lo cual puede ser muy importante en aras a que en un futuro se puedan diseñar programas de tratamiento encaminados a reducir o eliminar esos elementos que incitan a los sujetos a reincidir para así conseguir su reinserción social y su alejamiento del mundo delictivo, además de eliminar el peligro derivado de su conducta para el propio sujeto, sus familiares y allegados y la sociedad en su conjunto.

Para recopilar dicha información la metodología y filtrado de la información que he empleado han sido de dos tipos:

a. En primer lugar, comencé a buscar en las bases de datos Pubmed, Scielo (Scientific Electronic Library Online) y AJP (American Journal of Psychiatry), las cuales gozan de indudable prestigio y reconocimiento internacional en el ámbito de la psiquiatría; así como en la biblioteca de la Facultad de Derecho de la universidad para encontrar información legal sobre la reincidencia delictiva. En las bases de datos comencé la búsqueda con las palabras clave “Schizophrenia, Mental Illness, Injure, Prisoner, Psychiatric Treatment y Criminal”; con las que encontré alrededor de la mitad de las investigaciones que he plasmado en este trabajo, utilizando sólo aquellas que trataban sobre la prevalencia de las enfermedades mentales en prisión, sobre la esquizofrenia y su relación con el ambiente carcelario y sobre la esquizofrenia y la reincidencia, punto este último que se ve plasmado en investigaciones sobre la eficacia de los tratamientos psiquiátricos en prisión o las causas que les llevan a actuar.

En estas fuentes, en el momento que di con las palabras clave concretas y los autores relacionados con mi ámbito de estudio, el volumen de información manejada fue mermando, aunque sobre el tema de la esquizofrenia y la reincidencia no hay muchas investigaciones, como sí que las hay sobre la psicopatía y la delincuencia, hay muchos trabajos sobre enfermedades mentales y su relación con el delito en los que, navegando un poco entre ellos, puedes obtener una información muy valiosa, como pueden ser estadísticas, valoraciones sobre la situación actual, las causas o enlaces a otros trabajos que también pueden ser de interés.

Por tanto, no ha habido una sobrecarga de información y las limitaciones encontradas han sido las relacionadas en los inicios con la forma de buscar la información, ya que no estoy acostumbrado a realizar búsquedas en bases de datos de investigaciones concretas y tuve que estar varios días observando y navegando por las mismas para poder dar con las palabras y las secciones correctas para poder comenzar a extraer la información. Asimismo, no he realizado un filtro por años, ya que la totalidad de las investigaciones que se han realizado pertenecen a los últimos treinta años, por lo que la información recogida me parece totalmente fiable, dado que el cambio experimentado por la sociedad no ha sido muy acusado, así como me resulta interesante el poder comparar la metodología, los puntos de vista y las conclusiones obtenidas en las primeras investigaciones en comparación con las más recientes, algunas de las cuales datan de este mismo año.

b. En segundo lugar, una vez obtenidos los estudios con los que empezar a trabajar de las bases de datos, observé que de los mismos no sólo podía extraer información sobre lo averiguado por dichos investigadores, sino que de las notas a pie de página y de las referencias bibliográficas a autores e investigaciones podía obtener una gran cantidad de información adicional sobre otros trabajos y estadísticas que estaban íntimamente relacionadas con mi investigación. A partir de la búsqueda de estos análisis relacionados en las bases de datos (Pubmed y Scielo, principalmente), he podido obtener información adicional sobre otros autores que no había encontrado en un primer momento y que me han ayudado a complementar la información manejada y hacerme una idea más global de la problemática a tratar. Investigaciones como las de Terry Moffit (1993) o la de Jeremy Coid (2014) las he podido incluir en el trabajo gracias a las referencias bibliográficas de otras investigaciones y me han hecho ponerme a buscar información sobre dichos autores y sobre sus trabajos realizados, enriqueciendo aún más esta tarea de confrontación de estudios para obtener mis conclusiones.

Por ello, en este caso ha habido una mayor sobrecarga de información, ya que los puntos de las investigaciones en las que trataban temas relacionados con mi objeto de estudio que estaban acompañados de referencias, tenía que revisarlos uno a uno, leer el resumen de las mismas y estudiarlas para averiguar si podían serme de utilidad, empleando para ello mayor tiempo y esfuerzo. También me llevó un mayor esfuerzo el encontrar en los sitios web de Instituciones Penitenciarias y el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos la información sobre la prevalencia de las enfermedades mentales y el abuso de sustancias en las prisiones, siéndome imposible el encontrarla en las mismas utilizando palabras clave como “Estadísticas, Trastornos Mentales, Esquizofrenia, Drogas, Abuso de sustancias”; teniendo que recurrir a las referencias bibliográficas de varios artículos en los que figuraban éstas o donde se explicitaban los datos sobre los estudios o los órganos encargados de realizarlos.

En el caso de los datos y estadísticas sobre las enfermedades mentales en prisión, el abuso de sustancias y la comorbilidad sí que realicé un filtro por años, intentando siempre obtener los datos de los estudios más próximos en el tiempo para intentar así reflejar una situación que se asemejara lo más posible a la actual; lo cual realicé con éxito al encontrar varios estudios y programas llevados a cabo en los últimos diez años,

como el programa PRECA de 2009 llevado a cabo por el Ministerio del Interior y la Dirección General de Instituciones Penitenciarias.

En cuanto a la facilidad de discriminación de la información, ésta ha sido elevada, ya que como el tema seleccionado es muy concreto, no hay posibilidad de equívoco. Con sólo leer el título y fundamento en unos y el resumen o la metodología empleada en otros, ya podías averiguar si iba a serte útil o no estaba relacionado con tu tarea. Después de esto, subrayarlos, extraer la información más relevante y plasmarla en mi estudio ha sido una tarea laboriosa al tener que analizar muchas investigaciones, pero fácil al haberme hecho resúmenes con las ideas y datos clave.

Por tanto, como se ha dicho, realizaré el estudio sobre un universo poblacional de sujetos con un diagnóstico de esquizofrenia que han cometido varios delitos relacionados con su trastorno, que han cumplido una pena o medida de seguridad y han recibido un tratamiento psiquiátrico. Tras explicar los diversos estudios, exponiendo sus puntos más característicos y las conclusiones a las que llegan, haré una recopilación y puesta en común y llegaré a unas conclusiones que me servirán para falsar o verificar las dos hipótesis que me planteo como inicio de este estudio. Las hipótesis son las siguientes:

- a. Los sujetos que padecen esquizofrenia reinciden debido a que hay factores externos que mediatizan su conducta.
- b. Los delincuentes con trastorno esquizofrénico tienen unos índices de reincidencia mayores que los del resto de criminales.

3. DESARROLLO

A. INCIDENCIA DE LA ESQUIZOFRENIA EN LA POBLACIÓN GENERAL VS. EN LA POBLACIÓN RECLUSA

Tal y como recoge la OMS (2005) en sus investigaciones, “una de cada cuatro personas ha tenido o sufrirá un trastorno mental a lo largo de su vida”. En esta afirmación se tienen en cuenta todos los tipos de patologías mentales conocidas, por lo que no implica que el 25% de la población mundial vaya a sufrir una patología severa como pudieran ser la psicopatía o la esquizofrenia, sino que también se incluyen otros trastornos más leves y que en la mayoría de ocasiones, o bien no los entendemos como tales o son tan cortos en el tiempo que no les damos importancia. Hablamos de, por ejemplo, la depresión o de algunos trastornos de ansiedad o de adaptación, los cuales se asocian en muchas ocasiones a situaciones estresantes que los desencadenan y cesan en cuanto éstas desaparecen. Permiten llevar una vida relativamente normal, pero son incluidos en los índices y esta visión general nos puede ilustrar sobre lo comunes que pueden llegar a ser los trastornos mentales en nuestra sociedad y sobre su previsible aumento dados los modos de vida actuales donde se prioriza más el trabajo y el éxito que la salud.

Así bien, en el caso que nos atañe, el de la esquizofrenia, el porcentaje disminuye y se sitúa entre el 0,5 y el 1% de la población según el doctor Marcos Fernández Carral (2004), especialista en medicina Familiar y comunitaria del hospital central de Asturias; más de 21 millones de personas en todo el mundo según datos recogidos por la OMS (2014). Concretamente en el caso de España, Europa Press (2014) publicó que la esquizofrenia es padecida por alrededor de 400.000 personas en nuestro país. Estos datos demuestran que, a pesar del temor que genera dicha enfermedad y la unión, generalmente inconsciente, que se realiza entre enfermos mentales y los que padecen esquizofrenia o psicopatía, dado que son los que mayor espectacularidad de síntomas presentan, no representan más que una pequeña parte de los mismos y no está justificado para nada el hecho de pensar que por tener un trastorno mental una persona sea ya peligrosa. Este binomio “enfermo mental- sujeto peligroso” se ha forjado durante mucho tiempo debido entre otros a los medios de comunicación y a los poderes públicos

que han querido resaltar, por un lado, los actos más impactantes llevados a cabo por los enfermos mentales con el objetivo de conseguir audiencia e influir en la misma, y por otro lado, con el objeto de conseguir canalizar el descontento y el miedo sociales para conseguir apoyos; todo ello conseguido con la consiguiente tergiversación de la realidad y la alienación y marginación de este colectivo por parte del resto de la sociedad. Asimismo, Fernández Carral expone que generalmente ese 1% engloba a gente joven entre los 15 y los 30 años, sin distinción entre los sexos, aunque la OMS expone que alrededor de un 57% serían hombres (12 millones de los 21 totales) y un 43% mujeres (9 millones).

En el caso de la población reclusa, estos porcentajes se disparan. Según datos de Instituciones Penitenciarias, en febrero de 2007, España es el país europeo con mayor número de reclusos (65.066 presos), con 155 por cada 100.000 habitantes, y según un estudio elaborado con datos de 2011 en una muestra de más de 700 hombres en cinco prisiones de Cataluña, Madrid y Zaragoza (estudio PRECA), el 84,4% de los presos españoles sufre o ha sufrido enfermedades mentales en algún momento de su vida en las prisiones y éstos están relacionados en su mayoría con la adicción o abuso de sustancias (76%). Esta cifra, si la comparamos con la que según ellos es la prevalencia de los trastornos mentales en la población general española, un 15,7%, es muy elevada y nos ha de hacer reflexionar sobre cuáles son sus posibles causas y soluciones. Según el director de psiquiatría penitenciaria del Parque Sanitario de San Juan de Dios (Barcelona), el doctor Francesc Pérez Arnau, esta situación podría explicarse por la influencia en el desarrollo de las enfermedades mentales el consumo de drogas, por lo que con un mayor control sobre las mismas se reducirían estos elevados índices.

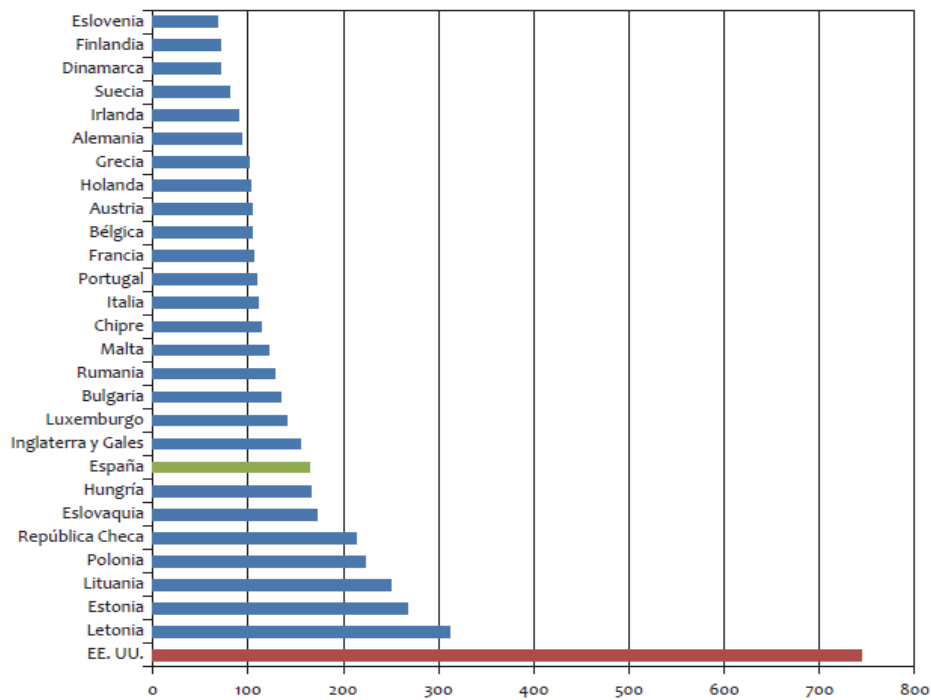


Figura 2: García-España, E., Becerra-Muñoz, J. & Aguilar A. (julio-diciembre, 2012). Población presa en Europa: especial referencia a la realidad penitenciaria española. *Revista Criminalidad*, 54(2), 77-100. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4190831>

En relación a los reclusos con esquizofrenia, no hay unanimidad en torno al porcentaje concreto de sujetos con estos padecimientos, aunque las diversas investigaciones parecen coincidir en que hay un mayor porcentaje de sujetos con padecimientos psiquiátricos en prisión en comparación con el total poblacional, que una pequeña parte de los mismos padece un trastorno esquizofrénico, aunque éste porcentaje es mucho más elevado que en la población general, y que el abuso de sustancias tiene una relación más que probada en relación a estos datos. De forma pormenorizada, las investigaciones son las siguientes:

- a. En 1991, J. Gunn et al. analizaron en su trabajo “Necesidades de tratamiento en prisioneros con desórdenes psiquiátricos” una muestra de 1.769 reclusos sobre los que ya había recaído sentencia recogida en 16 prisiones de Inglaterra y Gales, y obtuvieron que un 2% (34) de los mismos sufría un trastorno psicótico (esquizofrenia, psicosis afectiva o paranoide). Para llegar a estos resultados utilizaron los criterios de la herramienta ICD-9 (The International Classification of Diseases) mediante entrevista estructurada.

Tras el estudio de estos resultados, propusieron que lo necesario sería mejorar los tratamientos impuestos en prisión y que los servicios para las personas con desórdenes de personalidad, sexuales y de abuso de sustancias deberían desarrollarse tanto en prisión como en el servicio de salud.

- b. En 1998, Singleton, Meltzer, Gatward, Coid y Deasey, llevaron a cabo un estudio en Inglaterra y Gales, auspiciado por la Oficina de Estadística Nacional Inglesa, que reveló que la concurrencia de trastornos mentales en reclusos era frecuente, presentando nueve de cada diez de ellos algún tipo de alteración en su estado mental. Los resultados mostraron que el 7% de los hombre sentenciados, el 10% de los preventivos y el 14% de las mujeres presentaban un trastorno esquizofrénico; lo cual reflejaba unos valores mucho mayores que los obtenidos del estudio de la población general, que eran del 0.4%.
- c. Farrell (2002), en sus investigaciones sobre una muestra de 503 reclusos británicos en los que estudió la relación del consumo de drogas y la esquizofrenia, llegó a la conclusión de que el 10% de los internos fueron diagnosticados de esquizofrenia u otros trastornos psicóticos y que ésta era más frecuentes entre internos con edades comprendidas entre los 16 y 20 años, dados sus modos de vida y sus adicciones a sustancias. Por lo que, demostró que la comorbilidad tenía influencia en la aparición de la psicosis.
- d. Según Brugha (2005) en su estudio de las prisiones británicas, la prevalencia de la esquizofrenia y la psicosis es más de 10 veces mayor en la población penitenciaria que en la general, las diferencias encontradas no pueden sólo atribuirse a diferencias de edad o de status socioeconómico, los episodios psicóticos en la prisión tienen la misma forma de presentación que el trastorno en la comunidad y 1 de cada 4 presos tenía síntomas psicóticos atribuibles a intoxicación o síndrome de abstinencia de sustancias psicoactivas. Es decir, hay un mayor porcentaje de reclusos con trastorno esquizofrénico en comparación con la población general, los síntomas no difieren a los generales del trastorno y un 25% de ellos se deben a problemas relacionados con las drogas.
- e. Continuando con el caso de Inglaterra, tal y como informa Wayne Kondro, de la revista médica canadiense CMAJ, a través de un artículo publicado por la Schizophrenia Commission en 2012, en Inglaterra se estima que hay alrededor de

220.000 personas con esquizofrenia, de las cuales el 4% (8.800) están cumpliendo una condena en prisión y el 2% (4400), en psiquiátricos penitenciarios.

- f. “Las tasas de trastorno esquizofrénico registrado en población penitenciaria son del 2 al 4%”, según las investigaciones de H. S. Andersen (2004). Asimismo, expone que las diferencias encontradas en la prevalencia se podrían derivar de que la población de estudio fuera preventiva o sentenciada. “Entre los preventivos las tasas de trastorno esquizofrénico son más elevadas ya que los sentenciados pueden ser derivados a hospitales psiquiátricos no penitenciarios”. Por tanto, se puede pensar, tras dicho estudio, que realmente las tasas de sujetos encarcelados con padecimientos psiquiátricos no serían tan altas como arrojan las estadísticas, ya que lo lógico sería incluir en éstas únicamente a aquellos sobre los que recae sentencia firme y se ha demostrado que son realmente culpables. Los preventivos podrían ser exculpados de los hechos que se les imputan, por lo que no deberían ser incluidos para no desvirtuar los datos obtenidos.
- g. En este mismo sentido, según las investigaciones de Vicens y Tort (2005), entre los reclusos hay de dos a cuatro veces más probabilidades de padecer un cuadro psicótico que en la población general.
- h. En el caso de España, según datos de Instituciones Penitenciarias (2007) el 8% de la población reclusa padece una enfermedad mental grave y el 40% tiene trastornos mentales y de personalidad. Asimismo, la Subdirectora General Adjunta de Tratamiento de Instituciones Penitenciarias admitió en un congreso en 2006 que la prevalencia dentro de prisión es 7 veces mayor que en la comunidad. En este caso vuelven a aparecer los problemas relacionados con las drogas, así como la saturación de los psiquiatras y psicólogos que trabajan en prisión, la falta de medios para su tratamiento, el alto número de reclusos con problemas psiquiátricos en prisión que no son derivados a los psiquiátricos penitenciarios o el padecimiento de trastornos mentales en los reclusos que no son advertidos ni diagnosticados por las autoridades ni los médicos.
- i. En los años 1989 y 1990 se realizó en Holanda una investigación sobre la prevalencia de trastornos psíquicos entre presos con penas breves, de entre 18 y 24 años en el establecimiento penitenciario Nieuw Vossenveld y sus resultados arrojaron unos datos muy similares a las anteriormente citadas, por lo que nos quedaremos con los relativos a nuestro tema de estudio: el 8% cumplía con los

criterios del DSM-III para el diagnóstico de un trastorno de esquizofrenia/esquizofreniforme; porcentaje claramente superior al de la población general.

- j. En España se han realizado otros dos estudios sobre este tema, tanto en el año 2006 como en 2009, a partir de una muestra de 1000 y de 707 historias clínicas respectivamente, de sujetos que se encontraban en prisión utilizando los mismos métodos empleados por los estudios más prestigiosos de epidemiología de patología mental en población general. Estos trabajos obtuvieron conclusiones muy similares, si bien el segundo obtuvo que el 84.4% de los internos tenían antecedentes de trastorno mental común y que el 4,2% de los mismos tenían un trastorno psicótico o esquizofrénico [Figura 3]. Para luchar contra esta situación se puso en marcha en todas las prisiones que dependían del Gobierno central el "Protocolo de actuación del PAIEM" (Programa de Atención Integral a los problemas de Salud Mental en prisión) en 2009.

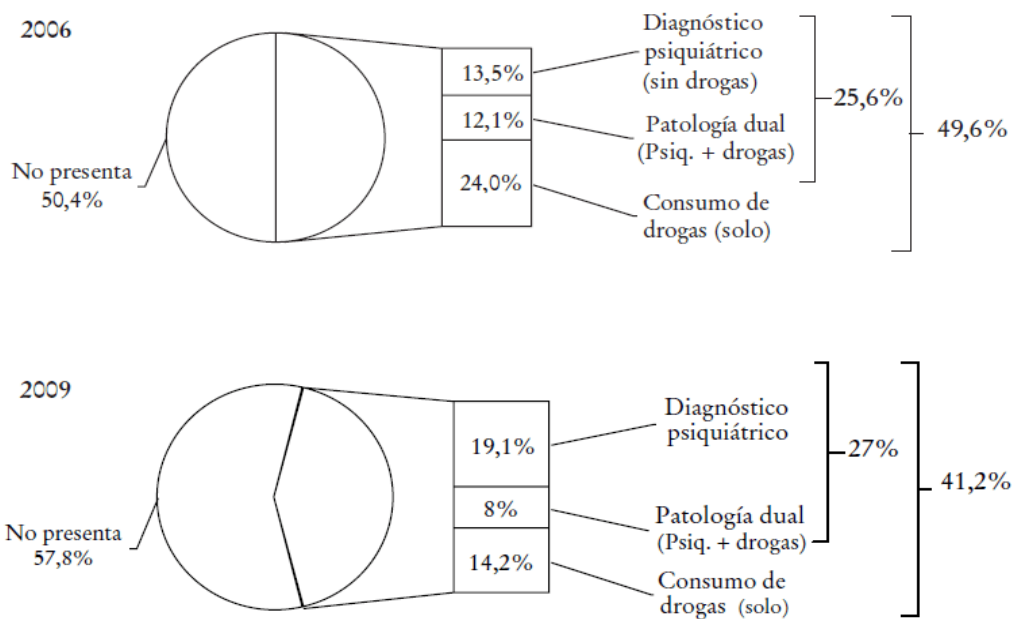


Figura 1. Comparación de los dos estudios epidemiológicos realizados en prisiones españolas.

Figura 3: Dirección General de Instituciones Penitenciarias. Subdirección General de Sanidad Penitenciaria. (Junio, 2007). Estudio sobre salud mental en el medio penitenciario, diciembre de 2006. Madrid: Área de salud pública. Recuperado de http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/boletinAgencia/boletin10/estudio_saludMental_medio_penitenciario.pdf

- k. Según la investigación en los centros penitenciarios gaditanos Puerto I, II y III, llevada a cabo por N. Marín-Basallote y C. Navarro-Repiso (2012) sobre una muestra de 128 individuos, llegaron a la conclusión de que el 46.1% de los mismos (59 sujetos) sufrían un Trastorno mental Grave, y de esos 59 reclusos, más de la mitad (33) padecían esquizofrenia u, otro trastorno psicótico; lo cual nos indica que, aparte de ser mayor el índice de sujetos con trastornos psicóticos en prisión, también pueden llegar a ser mayoría entre los enfermos mentales, por lo que el padecer esquizofrenia puede estar relacionado con las conductas delictivas y violentas que les han llevado a entrar en prisión.

Asimismo, el 77.3% de la muestra (99 sujetos) consumían algún tipo de tóxico, por lo que también puede ser ésto una muestra de la relación de causalidad entre el consumo de sustancias de abuso y la aparición o incremento de síntomas psiquiátricos.

1. Por otro lado, encontramos otra información sobre estudios que muestran que las cifras sobre la prevalencia de las enfermedades mentales, y de la esquizofrenia en particular, en las prisiones españolas varía mucho, exponiendo algunos medios de comunicación, como El País (2014), que 1 de cada 10 presos tiene problemas mentales excluyendo los relacionados con el uso y abuso de sustancias; según la asociación Ararteko, que el 10% de los reclusos del País Vasco se encuentran afectados de patologías psiquiátricas; o que, según el diario El Mundo (2012, 14 de abril), 7 de cada 10 presos tienen problemas mentales debido al consumo de drogas.

Por tanto, queda patente la gran heterogeneidad de las diversas investigaciones realizadas, aunque podríamos extraer varios puntos en común entre todas ellas y que nos ayudarán a alcanzar nuestras conclusiones sobre si los delincuentes que padecen esquizofrenia tienen una mayor probabilidad de reincidir y si reinciden debido a su enfermedad o a causas exógenas que exacerban sus síntomas:

1. Hay un mayor porcentaje de sujetos con una patología mental cumpliendo una pena en prisión que en la población general.
2. Los sujetos con esquizofrenia son una parte importante del total de enfermos mentales en prisión (más del 55% del total de los mismos según el estudio de N.

Marín-Basallote y C. Navarro-Repiso de 2012) y su número es mucho mayor que en el global de la población (constituyen alrededor del 1%).

3. La mayoría de las patologías mentales que sufren los reclusos en prisión están relacionadas con el consumo de sustancias psicotrópicas, las cuales potencian los síntomas psiquiátricos que podían no haber sido diagnosticados con anterioridad o facilitan a la aparición de patologías mentales. Los trastornos psicóticos cobran una gran relevancia.
4. La falta de control debida a factores como la superpoblación carcelaria, la falta de psiquiátricos penitenciarios, la escasez de personal psiquiátrico o de programas dirigidos a erradicar las drogas del ambiente carcelario, son algunos de los factores que más influyen en la aparición o acrecentamiento de los síntomas psiquiátricos en prisión.
5. Tal y como señalan muy acertadamente Coid, Bebbington, Jenkins, Brugha, Lewis, Farrell, et al. (2002), “la relación entre delincuencia y marginación explica en parte la presencia de mayor porcentaje de trastornos mentales en prisión que tradicionalmente se describen asociados a la exclusión social”. Además, “la relación entre delincuencia y drogadicción, añade este otro e importante factor de desequilibrio mental a la población penitenciaria, el de los trastornos asociados al uso de sustancias psicoactivas”, como ya hemos visto. Según estos autores, son estas características las que explicarían la elevada tasa de patologías mentales en prisión y que, debido a la cronicidad y comorbilidad que presentan, deberían ser tratados en un entorno con un objetivo rehabilitador para poder ser eficaz, sino lo único que ocurrirá es que continuarán aumentando las tasas y se agravará el problema.

B. LAS CAUSAS MÁS COMUNES DE LA REINCIDENCIA EN SUJETOS CON ESQUIZOFRENIA

Tras observar las características y variaciones poblacionales entre los reclusos y la sociedad en su conjunto y anotar las ideas comunes que sostienen los autores sobre la etiología de dichas variaciones (presencia de trastornos mentales en general, o psicóticos en particular), a continuación trataré un tema fundamental a mi modo de ver,

el de las causas por las que reinciden los delincuentes que tienen un trastorno esquizofrénico (o psicótico en general), ya que el conocer por qué un sujeto reincide nos puede ayudar a averiguar sus causas y poder poner así remedio en un futuro. Asimismo, saber si estas causas son de tipo genético, social, cultural, etc., nos servirá para llegar a la conclusión de si reinciden debido a su enfermedad o a factores no relacionados con ésta que exacerban sus síntomas, limitan o anulan la eficacia del tratamiento o los avances logrados en prisión o en el psiquiátrico penitenciario; todo ello para averiguar finalmente si reinciden más o menos que los delincuentes sin problemas mentales.

Como una primera aproximación a esta problemática, cabe señalar que en España, teniendo en cuenta datos aportados por Instituciones Penitenciarias en 2007, el 49% del total de la población reclusa era reincidente, esto es, que ya habían tenido algún ingreso previo en prisión; lo cual constituye un descenso si tenemos en cuenta los datos aportados por Jordi Balot (2003) en su artículo “La injusticia entre rejas”, quien cifraba dicha reincidencia delictiva en un 61,2%, cifra alarmante y que es una muestra de que las funciones primordiales del sistema penitenciario español, que son la rehabilitación y resocialización de los penados, no se estarían cumpliendo y, por ende, el sistema sería ineficaz. En cuatro años, la cifra se ha reducido en más de 10 puntos, aunque sigue siendo muy elevada y es una muestra de que hace falta que se siga trabajando.

En lo relativo a las cifras de penados con trastornos mentales, concretamente con trastorno esquizofrénico, que reinciden tras haber abandonado la prisión en España no he encontrado datos concretos, sino que en las investigaciones y noticias únicamente exponen que tienden a reincidir en mayor medida que el resto de delincuentes y se exponen las causas de la misma. En cambio, a nivel internacional, sobretudo en Estados Unidos e Inglaterra, sí que se han realizado gran cantidad de estudios sobre dicho tema. Asimismo, podemos encontrar infinidad de casos en los que a sujetos que han cometido delitos se les evalúa para averiguar su probabilidad de reincidencia violenta y, en estos casos, el sufrir un trastorno mental grave, como una esquizofrenia, un trastorno delirante o un trastorno de la personalidad, son ítems que puntúan muy elevado y que se tienen en cuenta a la hora de llegar a la probabilidad final. Por ejemplo, puede mencionarse un caso aparecido en la Revista Española de Medicina Legal, donde los doctores Francisco Javier Defez Torán y Àngel Cuquerella Fuentes (2014) evaluaron con el SVR-20 a un sujeto para averiguar el riesgo de reincidencia tras haber llevado a cabo un delito sexual.

Este hombre, de 49 años fue condenado por agresión sexual y se le realizaron las pruebas tras haber quebrantado la pena en los permisos que se le concedieron, obteniendo como resultado un riesgo moderado-alto de reincidencia futura. Para llegar a esta conclusión, aparte de puntuar negativamente los quebrantamientos ocurridos, se tuvieron en cuenta las circunstancias personales y sociales del sujeto, como una socialización deficiente en la infancia, alcoholismo y abusos físicos en la infancia, antecedentes psiquiátricos de esquizofrenia paranoide crónica y trastorno paranoide y antisocial de la personalidad; las cuales constituyen factores de riesgo claros para un mantenimiento futuro de la conducta (Redondo S, Pérez M, Martínez M, 2007). “La falta de empatía hacia las víctimas, la ausencia de insight (auto-observación), habilidades sociales y estilo de vida prosocial y la cronicidad de los diagnósticos psiquiátricos” hacen que estos sujetos sean más peligrosos e imprevisibles y, por ende, si no se les somete a un tratamiento, su riesgo de reincidencia es mayor.

Teniendo por sentado lo anterior, pasaremos a analizar varios estudios realizados sobre la esquizofrenia y la reincidencia delictiva en los que se analizan muestras poblacionales de reclusos y en los que se examinan las causas por las que han reincidido o por las que podrían hacerlo en un futuro, para llegar a la conclusión de si son o no “reincidentes por naturaleza”, sujetos con un potencial mayor de reincidencia que el resto.

En este sentido, llama la atención el programa lanzado en el Reino Unido bajo el nombre “Diversion: A better way for criminal justice and mental health” (Desviación: una mejor manera para la justicia criminal y la salud mental) en 2009 y que nació auspiciado por el Sainsbury Centre for Mental Health con la intención de mostrar que en Inglaterra había gran cantidad de sujetos con trastornos mentales en prisión y que no estaban siendo tratados de una manera correcta; con el consiguiente incremento (o no reducción) de la reincidencia delictiva. Para evitar esta situación, “los planes de desviación a salud mental operarían como intermediarios entre la justicia penal y las entidades de salud mental, identificando a aquellos sujetos con problemas mentales que entran en contacto con las autoridades y el Sistema de Justicia para así poder ofrecerles una atención psiquiátrica satisfactoria, a ser posible al margen del sistema penal”. De esta manera, aparte de ahorrarle al Sistema un gasto en tratamientos ineficaces y

contraproducentes, se rebajarían las cotas de reincidencia y se produciría una mejora, por tanto, en la salud mental de estas personas.

El programa Diversion reduciría la reincidencia debido a que, por una parte evitaría que los sujetos entrasen en prisión, con lo que ello conlleva (evitación de un ambiente hostil, desocializador y estigmatizante), y por otra suministraría a los sujetos los tratamientos necesarios en los centros de salud mental de la comunidad, por lo que éstos seguirían estando y considerándose parte de la sociedad y podrían recibir una atención personalizada y cercana que cubriera sus necesidades. Se ha demostrado que la mejora de la salud mental de los sujetos reduce el riesgo de reincidencia, ya que se evitarían todos aquellos delitos relacionados con los síntomas de la misma, como son los relacionados, por ejemplo, con las alucinaciones; además de la eliminación del abuso de sustancias y la mejora de la eficacia de las intervenciones terapéuticas.

Por tanto, según el programa Diversion, los factores que potencian la reincidencia de estos sujetos son el abuso de sustancias, las cuales influyen en la eficacia del tratamiento, y la no administración de un tratamiento psiquiátrico debido a que en vez de derivarlos a centros adecuados hacen que ingresen en prisión y en ocasiones ni siquiera se les diagnostica su enfermedad.

Por otro lado, el doctor Jesús Sánchez Lizasaba (2008) expone que “se ha encontrado relación importante entre crímenes violentos y esquizofrenia, abuso de alcohol y drogas. La combinación de estas patologías en una misma persona resulta de alto riesgo para conductas violentas y criminales, con mucha frecuencia dirigidas a los familiares”. Esto es, la comorbilidad como causa por la que los sujetos con esquizofrenia ven aumentadas sus posibilidades de llevar a cabo actos delictivos y reincidir en los mismos.

La importancia de la comorbilidad en la conducta violenta también ha sido tratada por la VA Mental Health (2014), que ha impulsado en dos hospitales el programa "Welcome Back Veterans Dual Diagnosis Program" y cuyo objetivo era el de hacer que los veteranos del ejército con problemas mentales y abuso de sustancias pudiesen desintoxicarse y reincorporarse a la sociedad de forma plena. En sus investigaciones encontraron que más del 25% de los pacientes que se presentaban con un diagnóstico dual, es decir, con una enfermedad mental y abuso de sustancias, habían sido

encarcelados en alguna ocasión en los últimos tres años, por lo que debían aplicarles un tratamiento para que se reinsertasen y evitar así su reincidencia futura.

Además, “los síntomas psicóticos importantes, como son la ideación de perjuicio y vivencias de pasividad/influencia corporal e inserción del pensamiento (síntomas de amenaza y control externo), son predictores importantes de violencia” (Gómez-Durán, 2010), ya que los sujetos pueden verse abocados a cometer hechos movidos por creencias irracionales o por voces que les llevan a actuar de esa manera, por lo que estas causas endógenas(síntomas), si no son controlados, pueden llevar a reincidir en el delito que el sujeto crea necesario y justo. Link y Stueve (2010), en este mismo sentido, señalaron un grupo de síntomas especialmente asociados a la violencia. Describen que las ideas delirantes de peligro inminente causado por otros (de perjuicio) y toma de control de los pensamientos, sentimientos, movimientos y acciones por fuerzas externas mediante control del pensamiento o pasividad corporal, son muy peligrosas debido a que pueden llevar al sujeto a actuar en cualquier momento al captar señales erróneas del entorno contra cualquier persona, por lo que los hace “muy imprevisibles y unos de los delincuentes más peligrosos” (Mar Pastor, 2014).

En relación a la adherencia al tratamiento de los sujetos con padecimiento de esquizofrenia y su relación con la eficacia en la prevención de conductas violentas futuras, cabe señalar un estudio realizado por J.M. Kane et al. (2003), quienes llegaron a la conclusión, tras estudiar los datos, de que las cifras de no cumplimiento o cumplimiento parcial del tratamiento se acercaban al 75-80% en este tipo de sujetos [Figura 4], con las consecuencias negativas que ello conlleva. “El cumplimiento parcial supone un aumento de las posibilidades de precipitar exacerbaciones sintomáticas, incrementos de ingresos y mayor riesgo de conductas disfuncionales, entre ellas la comisión de nuevos delito y el empeoramiento global en el pronóstico” (E. Coldham, J. Addington, D. Addington, 2002). Por tanto, el no seguir el tratamiento, o no seguirlo de forma correcta, conlleva según estos autores un mayor riesgo de empeoramiento de los síntomas y, por ende, de comisión de conductas violentas y delictivas.

En relación a esto, en el anexo [Figura 10] se muestran los factores que mayor influencia tienen en el mal cumplimiento de los tratamientos antipsicóticos y que conllevan resultados tan nefastos.

La mayoría de los esquizotrenicos solo cumplen parcialmente

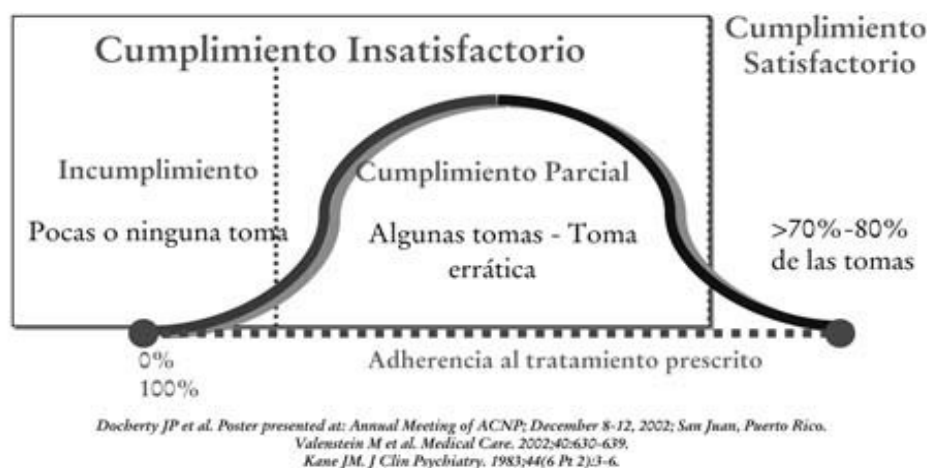


Figura 4: Kane, J.M., Leucht. S. & Carpenter, D. (2003). Normas de Consenso de expertos para la optimización del tratamiento farmacológico de los trastornos psiquiátricos. *J. Clin Psychiatry*, 64(12). Recuperado de <http://www.index-f.com/presencia/n3/48articulo.php>

Continuando con el tema de la adherencia al tratamiento, Paz García-Portilla (2014), psiquiatra e investigadora del Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM), en el encuentro organizado por la Alianza Otsuka-Lundbeck “Redefiniendo la esquizofrenia”, expuso que “los sujetos que padecen esta enfermedad y abandonan el tratamiento farmacológico tienen cinco veces más posibilidades de sufrir una recaída”. Además, según el jefe de Psiquiatría del Hospital R. Lafora de Madrid, Fernando Cañas (2014), “en estas recaídas los tratamientos farmacológicos pierden eficacia y hacen que el paciente tenga un peor calidad de vida, pierda autoestima, aumente el riesgo de autoagresividad y, por tanto, tengan un peor diagnóstico de la enfermedad”. Es decir, que el abandonar el tratamiento conlleva dos resultados negativos: por un lado disminuye la eficacia del mismo cuando se reinicia y los efectos que produce, por tanto, no serán los mismos, pudiendo haber recaídas; y, por otro lado, dado que el tratamiento no alcanza todo su efecto, pueden permanecer en los sujetos síntomas que conlleven la realización de conductas violentas o delictivas que

hagan que se conviertan en individuos peligrosos y con mayores probabilidades de reincidir.

Por otro lado, los investigadores Cameron Wallace, Paul E. Mullen y Philip Burgess (2004) en una investigación llevada a cabo con 2861 pacientes que tuvieron un primer ingreso por esquizofrenia en el estado australiano de Victoria en 1975, 1980, 1985, 1990, y 1995 y que fueron comparados durante el período de 1975 al 2000 con otro grupo de igual número de individuos de control de la comunidad con similares características; estudiaron el modelo de convicciones criminales durante un período 25 años marcado por la desinstitucionalización radical y el incremento de los índices de consumo de sustancias. En relación con los sujetos del grupo de control, “los pacientes con esquizofrenia acumularon un mayor número total de delitos (8.791 frente a 1.119) y tenían considerablemente más probabilidades de haber sido condenados por un delito criminal (21.6% frente 7.8%) y por un delito que implicaba violencia (8.2% frente a 1.8%). La proporción de pacientes que tenían una condena aumentó del 14.8% de la muestra en 1975 al 25% de la muestra en 1995. Los índices de problemas conocidos por el consumo de sustancias entre los pacientes con la esquizofrenia aumentaron del 8.3% en 1975 al 26.1% en 1995”. Asimismo, se encontraron índices más altos de condena criminal en los pacientes con problemas por abuso de sustancias que en aquellos que no consumían (68.1% frente a 11.7%).

Todo lo anterior implicaba, según los investigadores, que existía una asociación significativa entre tener un trastorno esquizofrénico y un índice más alto de condenas criminales, particularmente para los delitos violentos, por lo que se llegaba a la conclusión de que los esquizofrénicos tenían mayores posibilidades de reincidir que los mentalmente cuerdos. Además, los resultados no apoyan las teorías que procuran explicar la mediación de la esquizofrenia en los comportamientos delictivos por factores aislados (abuso de sustancias, síntomas activos, o las características de los sistemas de atención médica), sino que sugieren que el delito refleja una gama de factores que son operativos antes, durante, y después de períodos activos de enfermedad.

En un estudio llevado a cabo en el Reino Unido por los investigadores de la Queen Mary University of London, Robert Keers, Simone Ullrich, Bianca L. DeStavola y Jeremy W. Coid (2013), en el cual intentan relacionar la violencia de los delincuentes

con esquizofrenia y la presencia o no de delirios persecutorios y la aplicación de un tratamiento. Se llevó a cabo sobre una muestra de 967 sujetos que cumplían una condena de dos años o más por delitos sexuales o violentos y compararon la incidencia de la violencia entre los reclusos con esquizofrenia, trastorno delirante y psicosis inducida por fármacos, a los que dividieron en tres grupos:

- a. Los que no recibieron tratamiento mientras estuvieron en prisión o tras su puesta en libertad.
- b. Los que únicamente recibieron tratamiento durante su condena
- c. Los que recibieron tratamiento durante la condena y tras ésta.
- d. La misma investigación también se llevó a cabo entre los presos sin psicosis como grupo de control.

Tras el estudio de los mismos, llegaron a la conclusión de que (en el caso de los esquizofrénicos que es el grupo que nos interesa para esta práctica) los reclusos que no recibieron tratamiento psicológico durante su encierro y tras su excarcelación, tenían una mayor predisposición hacia la comisión de nuevos hechos delictivos. Además, averiguaron que la causa de este comportamiento violento estaba vinculada a las creencias delirantes de los individuos de que alguien o algo estaba fuera y que iba a hacerles daño; el cual es síntoma que con un tratamiento y una medicación correcta se puede eliminar.

Asimismo, el profesor Jeremy Coid (2014) expuso que, a diferencia de lo que la mayoría de la gente cree, “la mayoría de las personas con esquizofrenia no son violentas y no representan un peligro para los demás. Sin embargo, entre los que han mostrado tendencias violentas graves y han sido encarcelados, el riesgo de violencia en el futuro es mucho mayor si no se tratan”. Es decir, que únicamente podrán ser considerados como peligrosos en el caso de que no sean tratados de aquella enfermedad que les lleva a actuar de forma violenta. También señaló que las herramientas de evaluación que se usan actualmente deberían incluir el tratamiento para poder ser más eficaces, ya que “se está perdiendo una parte vital del rompecabezas”, y que se debería garantizar el tratamiento de los reclusos con psicosis, tanto durante como postpenitenciario, con el objetivo de poder gestionar el riesgo de violencia, ya que en ocasiones hay más tratamientos disponibles en el exterior que en la propia prisión (menos del 25% de los

reclusos que son diagnosticados de un trastorno esquizofrénico o psicótico en el Reino Unido reciben tratamiento tras su salida de prisión).

En las tablas de resultados que se pueden consultar en el sitio web de la American Journal of Psychiatry (<http://ajp.psychiatryonline.org/>), donde han publicado los resultados de la investigación, se pueden constatar claramente los hechos mantenidos anteriormente. Si se comparan los datos de reincidencia delictiva de los sujetos con padecimientos de esquizofrenia obtenemos que:

1. Los sujetos que no fueron tratados en ningún momento (16) reinciden en un 50%.
2. Los sujetos que fueron tratados únicamente durante su estancia en prisión (22) reincidieron únicamente en un 37,5%.
3. En aquellos individuos que recibieron un tratamiento tanto dentro como fuera de prisión (53) reincidieron el 32,5%

Aquellos que no tenían ninguna patología mental (742) reincidieron en un 26,6%, por lo que constataron que los sujetos con esquizofrenia tenían mayores probabilidades de reincidir en sus comportamientos delictivos que los sujetos mentalmente sanos y que si no recibían un tratamiento, había mayores posibilidades de que reincidiesen, como ya hemos comentado, debido a los síntomas característicos como las alucinaciones o los delirios.

En este mismo sentido, José María Otín del Castillo (2009), expuso que “si el esquizofrénico violento no es controlado, seguirá cometiendo nuevos delitos”. Por ello, sigue manteniendo la misma tesis que los investigadores nombrados con anterioridad, ya que si no se les controla (o administra un tratamiento) los considera, podríamos decir, reincidentes por naturaleza.

Todas las investigaciones anteriores apuntaban en la misma dirección sobre los causantes o predisponentes de la reincidencia en sujetos con padecimiento de esquizofrenia, pero ello no impide que se hayan realizado otras investigaciones como la llevada a cabo por Jillian K. Peterson, Jennifer Skeem, Patrick Kennealy, Beth Bray y Andrea Zvonkovic (2014) en Estados Unidos y en la que, a partir de entrevistas a una muestra de 143 sujetos con trastornos mentales (antiguos acusados por el Tribunal de

Salud Mental de Minneapolis) que habían cometido un total de 429 delitos, concluyeron que únicamente el 7,5% de los mismos tenían alguna relación con su enfermedad y solamente un 4% estaban relacionados con sintomatología psicótica. Es decir, que según estos autores, los delitos cometidos por los sujetos con trastornos mentales no estarían relacionados en su mayoría con el mismo, sino que serían motivados por otras circunstancias. Este sería el caso, por ejemplo, del sujeto con ideas delirantes de divulgación del pensamiento y alucinaciones sensitivas (siente un picor por todo el cuerpo) y que comete una estafa en la empresa en la que trabaja para poder comprarse el coche que siempre deseó. Se observa perfectamente que no hay conexión alguna entre los síntomas del trastorno esquizofrénico y el delito cometido; no influyen en la comisión del mismo.

Por tanto, el estudio no encontró patrones predecibles que vincularan la conducta criminal con los síntomas propios de su enfermedad mental. De hecho, “dos terceras partes de los que habían cometido delitos directamente relacionados con sus síntomas de enfermedad mental también tenían antecedentes penales vinculados a otras razones”, como la pobreza, el abuso de sustancias u otras vinculadas al medio social y próximo de los sujetos.

Es importante señalar que “cuando los síntomas tenían algo que ver pero no eran el único motivo, el porcentaje de delitos atribuidos a los síntomas de la enfermedad mental aumentó del 7,5 al 18%”, y del 4 al 23% en el caso de sufrían esquizofrenia. Queda patente mediante esta investigación la gran importancia de la acción de los agentes externos en la etiología de los comportamientos violentos en este grupo de sujetos, no siendo su trastorno mental el principal motor de su conducta antisocial.

Entonces, llegados a este punto podríamos extraer como puntos comunes a las investigaciones anteriores, lo siguiente:

- a. La reincidencia delictiva en España es elevada (49%).
- b. Hay una relación patente entre la esquizofrenia y una mayor comisión de hechos delictivos.
- c. Se ha demostrado una relación entre la comorbilidad y el aumento de la agresividad y de la violencia de los esquizofrénicos, llegando incluso los sujetos

- a desarrollar trastornos esquizofrénicos en prisión debido al efecto de las sustancias psicotrópicas
- d. Muchos problemas vienen determinados por el hecho de que no se les ofrece un tratamiento adecuado, encerrándoles en prisión aun conociendo que poseen un trastorno mental y que se va a ver perjudicado por la situación.
 - e. No hay una diagnosticación correcta de las enfermedades mentales.
 - f. Muchos delitos que cometen no están directamente relacionados con sus patologías.
 - g. Si los esquizofrénicos violentos no son controlados y tratados, continuarán cometiendo delitos.
 - h. El que ya ha cometido un delito tiene mayores probabilidades de continuar cometiéndolos en un futuro.
 - i. Los síntomas psicóticos que más se asocian con los comportamientos violentos son los delirios de perjuicio, las alucinaciones y los trastornos de la vivencia de propiedad del pensamiento (trastorno de divulgación del pensamiento, del pensamiento impuesto y del robo del pensamiento).

4. CONCLUSIONES

Para finalizar este trabajo de recopilación y análisis de investigaciones sobre la reincidencia delictiva en la esquizofrenia y poder extraer conclusiones sobre si los sujetos con trastorno esquizofrénico o psicótico tienen mayores probabilidades de reincidir que el resto de delincuentes, voy a volver a plantear las dos hipótesis de trabajo que expuse al inicio y que me han guiado por todo el desarrollo para así poder despejar las dudas y que, con su argumentación, pueda cimentar mis conclusiones. Las dos hipótesis eran las siguientes:

- a. Los sujetos que padecen esquizofrenia reinciden debido a que hay factores externos que mediatizan su conducta.
- b. Los delincuentes con trastorno esquizofrénico tienen unos índices de reincidencia mayores que los del resto de criminales.

En relación a la primera hipótesis, quedó patente en el primer apartado del desarrollo que, la comorbilidad, esto es, la tenencia de un trastorno mental y el consumo de sustancias, es un factor muy importante en el desarrollo de patologías psiquiátricas en estos sujetos y en el aumento de sus síntomas, por lo que una gran parte de ellos, dado que como arrojaban los datos el 71% de los sujetos en prisión tienen problemas de adicción a drogas (Instituciones Penitenciarias, 2007), podrían reincidir debido a estos factores externos que influyen en su voluntad, anulándola y llevándoles a actuar siguiendo sus creencias irracionales y sus alucinaciones. Pero, es cierto que influye, pero no podemos afirmar tajantemente que ésta sea la única causa que les lleva a actuar de esa manera. No es lo que les hace reincidir, sino es un componente más que ayuda a ello al eliminar los frenos inhibitorios, al agudizar los síntomas psiquiátricos o reducir la eficacia de los tratamientos. Por tanto, no sólo reinciden porque consumen drogas y éstas hacen que no controlen sus actos o que sus síntomas se agudicen, sino que muchos de ellos reinciden debido a que no han recibido un tratamiento idóneo para controlar su enfermedad o, tal y como defienden J.M. Kane et al. (2003), al no seguir su tratamiento de forma correcta, produciéndose interrupciones, hay síntomas íntimamente relacionados con la agresividad y las conductas violentas que no desaparecen y, por ello, el riesgo de reincidencia aumenta.

La segunda hipótesis hace referencia a la naturaleza en sí de este trabajo de recopilación e investigación, a la idea que me lleva a realizarlo y que, tras el desarrollo del mismo, puedo perfectamente intentar falsar al quedar demostrado que, al igual que sostiene el investigador Jeremy Coid (2014), a diferencia de lo que la gente cree, “la mayoría de los sujetos con esquizofrenia no son violentos y no representan un peligro para los demás”, pero que, “si el esquizofrénico violento no es controlado, seguirá cometiendo nuevos delitos” (Otín del Castillo, 2009). Es decir, estos individuos, debido al cuadro clínico que padecen, tienen una mayor probabilidad de llevar a cabo actos violentos cuando tienen brotes psicóticos o las alucinaciones o las creencias delirantes se encuentran en su punto álgido. “Presentan hostilidad, agresividad y convicción delirante, pero conservan su capacidad intelectual, la cual ponen totalmente al servicio de su enfermedad” (Pastor Bravo, 2014). Por tanto, pueden premeditar sus actos y, a la más leve señal que identifiquen como dañina, sea o no esa su verdadera naturaleza, atacarán o planearán el mejor ataque posible. Ocurre igual que con los sujetos que

padecen un trastorno de ideas delirantes, que premeditan (patológicamente) sus actos para que el porcentaje de éxito sea el mayor posible, dejando claro que su inteligencia está intacta, pero está al servicio del delirio, pudiendo aparentar total normalidad hacia los demás. Ésto los convierte en los sujetos más peligrosos (Pastor Bravo, 2014).

Lo anterior no implica que todos o una gran parte cometa actos violentos o delictivos, pero si no se les controla y se les administra un tratamiento, ante aquellas situaciones que desencadenaron en los violentos las conductas agresivas o antisociales que conllevaron el aprisionamiento previo, volverán a responder de la misma manera, ya que no pueden controlar sus actos al encontrarse afectada la esfera volitiva. No tienen la capacidad de actuar libremente, sino que su conocimiento estará siempre viciado por su trastorno y su intelecto lo pondrán al servicio del mismo, justificándolo y, por ende, no existiendo voluntad de reprimirlo. Es por ésto por lo que, como bien queda patente en las investigaciones expuestas en el apartado anterior, una valoración individualizada de las condiciones de los sujetos, que permita un diagnóstico certero de sus capacidades intelectuales y de sus posibles alteraciones (como expone el proyecto Diversion) para así poder derivarlos a instituciones que les puedan aplicar un tratamiento adecuado y alejarlos asimismo de elementos tan negativos como las drogas (Dirección General de Instituciones Penitenciarias, 2007), las cuales incrementan los síntomas psicóticos y aumentan la agresividad de los sujetos, es la metodología más eficaz para poder controlar los síntomas y conseguir que los índices de reincidencia de aquellos delincuentes que padecen esquizofrenia puedan equipararse a los del resto de la población.

Es muy instructivo el caso que nos mostraban Cameron Wallace, Paul E. Mullen y Philip Burgess (2004), en el que llegaron a la conclusión de que los sujetos con esquizofrenia acumularon un mayor número total de delitos en un período de 25 años, 8.791, frente a los 1.119 del grupo que recibió tratamiento y que tenían considerablemente más probabilidades de haber sido condenados por un delito criminal (21.6% frente 7.8%). Estos datos son muy ilustrativos y nos pueden llegar a dar una visión global del problema, junto con lo anteriormente citado, como es que los sujetos no tratados cometieron un 88,7% más de delitos que los no tratados, lo cual me lleva a la conclusión inequívoca de que en la situación en la que actualmente nos encontramos, su probabilidad de reincidencia es ostensiblemente mayor que la del resto de los

delincuentes. Puede que los delitos que cometan, como sostenían Jillian K. Peterson, Jennifer Skeem et al. (2014), no estén íntimamente relacionados con su trastorno (con sus delirios o alucinaciones), pero ello no implica que dichos delitos no deban de incluirse en los análisis sobre la reincidencia de estos sujetos y que muestren que, independientemente de la etiología o finalidad de los mismos, la posibilidad de que cometan delitos en más de una ocasión es mayor que en el resto de la población; tienen un mayor potencial de violencia que el resto. Por ello, la hipótesis es cierta y totalmente válida.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychological Association. (2009). *Publication manual of the American Psychological Association*. (6th ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Andersen H.S. (2004). Mental Health in Prison Populations. A review. *Act. Psych. Scan. Suppl.*, 424(110), 5-59. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15447785>
- Arroyo-Cobo, J.M. (2011). Estrategias asistenciales de los problemas de salud mental en el medio penitenciario, el caso español en el contexto europeo. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 13(3), Recuperado de <http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/13/20>
- Asociación Psiquiátrica Americana. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría.
- Azumendi, E. (2014, 15 de mayo). ¿Por qué acaban en prisión tantas personas con trastornos mentales? *El diario del Norte, País Vasco*. Recuperado de http://www.eldiario.es/norte/euskadi/prision-personas-afectadas-trastornos-mentales_0_257224548.html
- Balot, J. (2003). La injusticia entre rejas. *Cristianisme i Justícia*, 116. Recuperado de http://www.mercaba.org/FICHAS/Presos/la_injusticia_entre_rejas.htm#t4

- Bureau of Justice Statistics. (2006). "Inmate Mental Health and Treatment: A BJS Report." *Alaska Justice Forum*, 23(3). Recuperado de http://justice.uaa.alaska.edu/forum/23/3fall2006/c_bjsmentalhealth.html
- Cobo del Rosal, M. & Vives Antón, T.S. (1999). *Derecho penal: parte general*. Valencia: Tirant lo Blanch.
- Coid, J., Bebbington, P., Jenkins, R., Brugha, T., Lewis, G., Farrell, M., et al. (2002). The National Survey of Psychiatric Morbidity among prisoners and the future of prison healthcare. *Med Sci Law*, 42(3), 245-250. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12201070>
- Coldham, E., Addington, J. & Addington, D. (2002, 11 de septiembre). Medication adherence of individuals with a first episode of psychosis. *Acta Psychiatr. Scand.*, 106(4), 286-290. Doi: 10.1034/j.1600-0447.2002.02437.x. Recuperado de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1034/j.1600-0447.2002.02437.x/abstract>
- Corrigan, P.W., Rowan, D., Green, A., Lundin, R., River, P., Uphoff-Wasowski, K., White, K. & Kubiak, M.A. (2002). Challenging Two Mental Illness Stigmas: Personal Responsibility and Dangerousness. *Schizophrenia Bulletin*, 28(2), 293-309. Recuperado de <http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/content/28/2/293.full.pdf>
- Corrochano Hernando, G. (2006). *Aportaciones sociales al tratamiento del enfermo mental en prisión. IV encuentro nacional de enfermos mentales y prisión*. Madrid: Pastoral Penitenciaria. Recuperado de <http://www.apdha.org/media/saludmental07.pdf>
- Defez, F.J. & Cuquerella, À. (2014). Evaluación del riesgo de reincidencia en un caso de violencia sexual mediante el Sexual Violence Risk-20. *Revista Española de Medicina Legal*, 40(2), 72-75. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-medicina-legal-285-articulo-evaluacion-del-riesgo-reincidencia-un-90296289>
- Fazel, S. & Danesh, J. (2002, 16 de febrero). Serious mental disorder in 23.000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *The Lancet*, 359(9306), 545-550. Recuperado de <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2802%2907740-1/abstract>

- Fernández Carral, M. (2004). Esquizofrenia. Oviedo: *Lasalud.com*. Recuperado de <http://www.lasalud.com/pacientes/esquizofrenia.htm>
- García-España, E., Becerra-Muñoz, J. & Aguilar A. (julio-diciembre, 2012). Población presa en Europa: especial referencia a la realidad penitenciaria española. *Revista Criminalidad*, 54(2), 77-100. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4190831>
- García-Pablos de Molina, A. (1996). Sobre el principio de intervención mínima del Derecho penal como límite del “Ius Puniendi”. En González Rus, J. (coord.), *Estudios Penales y Jurídicos. Homenaje al Prof. Dr. Enrique Casas Barquero*. (251-252). Córdoba: Publicaciones Universidad de Córdoba.
- Gómez-Durán, E.L., Carrión, M.I., Xifró, A. & Martín-Fumadó, C. (2010). Características Clínicas y Consecuencias Legales del Comportamiento Violento: Un Caso de Trastorno Bipolar. *Actas Esp. Psiquiatr.*, 38(6), 374-376. Recuperado de <http://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/11/68/ESP/11-68-ESP-374-376-358363.pdf>
- Gunn, J., Maden, A. & Swinton, M. (1991, 10 de agosto). Treatment needs of prisoners with psychiatric disorders. *BMJ*, 303(6798), 338–341. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1670792/>
- Gutiérrez Selegui, A.I. (2015). El tratamiento informativo de la enfermedad mental en accidentes o delitos. España: *Blog ¿Hay Derecho?* Recuperado de <http://hayderecho.com/2015/04/05/el-tratamiento-informativo-de-la-enfermedad-mental-en-accidentes-o-delitos/>
- Haro, J., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., Codony, M., Dolz, M. & Alonso, J. (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Med Clin.*, 126(12), 445-451. Recuperado de <http://public-files.prbb.org/publicaciones/e144ec9a-b14a-4cfd-bc18-56bf5c447ae6.pdf>
- Dirección General de Instituciones Penitenciarias (2007). *Informe General 2006*. Madrid: Ministerio del Interior. Secretaría General Técnica. Recuperado de http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/publicaciones/Informe_General_2006.pdf

- Europa Press. (2012, 14 de abril). Siete de cada 10 presos españoles, con problemas mentales por consumir drogas. Barcelona: *ElMundo.es*. Recuperado de <http://www.elmundo.es/elmundo/2012/04/14/espana/1334396337.html>
- Europa Press. (2014, 3 de diciembre). Los pacientes con esquizofrenia que abandonan el tratamiento farmacológico tienen 5 veces más posibilidades de recaer. Madrid: *lainformacion.com*. Recuperado de http://noticias.lainformacion.com/salud/terapia/los-pacientes-con-esquizofrenia-que-abandonan-el-tratamiento-farmacologico-tienen-5-veces-mas-posibilidades-de-recaer_ZEap90vjWdP6AHtwV041B2/
- Fleischhacker, W.W., Oehl, M.A. & Hummer, M. (2003). Factors influencing compliance in schizophrenic patients. *J Clin Psychiatry*, 65(0), 12-15. Recuperado de <http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/viewFile/288/634>
- Hikal, W. (2009). Explicación de la esquizofrenia desde la perspectiva del atavismo lombrosiano-criminológico. *Revista electrónica de PortalesMedicos.com*. Recuperado de <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1400/1/Explicacion-de-la-esquizofrenia-desde-la-perspectiva-del-atavismo-lombrosiano-criminologico.html>
- Kane, J.M., Leucht, S. & Carpenter, D. (2003). Normas de Consenso de expertos para la optimización del tratamiento farmacológico de los trastornos psiquiátricos. *J. Clin Psychiatry*, 64(12). Recuperado de <http://www.index-f.com/presencia/n3/48articulo.php>
- Keers, R., Ullrich, S., DeStavola, B.L. & Coid, J. (2014). Association of violence with emergence of persecutory delusions in untreated Schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*, 171(3), 332-339. Recuperado de <http://ajp.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/appi.ajp.2013.13010134>
- Kennealy, P., Skeem, J., Bray, B. & Zvonkovic, A. (2014). How Often and How Consistently do Symptoms Directly Precede Criminal Behavior Among Offenders With Mental Illness? *Law and Human Behavior*, 38(5), 439-449. Recuperado de <https://www.apa.org/pubs/journals/releases/lhb-0000075.pdf>

- Kondro, W. (2013, 8 de enero). Briefly. *CMAJ*, 185(1). Doi: 10.1503/cmaj.109-4372
Recuperado de <http://www.cmaj.ca/content/185/1/E39.full?sid=125b9150-ef39-44ce-9dbd-a75c73376628>
- Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. BOE, Madrid, de 24 de noviembre de 1995.
- Link, B.G., Steuve, A. & Phelan, J. (1998). Psychotic symptoms and violent behaviors: probing the components of “Threat/Control-Override” Symptoms. *Soc. Psychiatry Psychiatr-Epidemiol.*, 33(1), 55-60. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9857780>
- Lombroso, C. (1895). *L’homme Criminel. Etude anthropologique et medico-legale*. París: Alcan, P, J-G.
- Mandler, J. (2014, 30 de octubre). For Returning Veterans Suffering from Both Mental Health and Substance Abuse Challenges, Treatment Can Be Found Under One Roof. *Harris Health Communications*. Recuperado de <http://nyulangone.org/press-releases/for-returning-veterans-suffering-from-both-mental-health-and-substance-abuse-challenges-treatment-can-be-found-under-one-roof>
- Manzanera Rodríguez, L. (1992). *Criminología. 16ª Edición*. México: Editorial Porrúa S.A. Recuperado de <http://www.criminalistica.com.mx/areas-forenses/criminologia/1413-clasificacion-de-los-delincuentes>
- Marcuello-Servós, C. & García-Martínez, J. (2011). La cárcel como espacio de desocialización ciudadana: ¿fracaso del sistema penitenciario español? Universidad de Zaragoza. *Portularia*, 11(1), 49-60. Doi:10.5218/Prts.2011.0005. Recuperado de http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/4923/carcel_espacio_desocializacion.pdf?sequence=2
- Marín-Basallote, N. & Navarro-Repiso, C. (febrero, 2012). Estudio de la prevalencia de trastorno mental grave (TMG) en los centros penitenciarios de Puerto I, II y III del Puerto de Santa María (Cádiz): nuevas estrategias en la asistencia psiquiátrica en las prisiones. *Rev. Esp. Sanid. Penit.*, 14(3), 80-85. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1575-06202012000300002&script=sci_arttext
- Matza, D. (1969). *El proceso de desviación*. Madrid: Taurus.

- Moffit, T.E. (1993). Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: A developmental taxonomy. *Psychological Review*, 100(4), 674-701. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8255953>
- Muñoz Conde, F. (2001). El Proyecto Nacional socialista sobre el tratamiento de los «Extraños a la Comunidad». *Revista Cenipec*. 20, 151-180. ISSN: 0798-9202. Recuperado de <http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/23513/2/documento1-20.pdf>
- Navarro, J.C. (2004). Ponencia: Psicopatía y delincuencia sexual grave. En: *Evaluación clínica y psicométrica. Programas de intervención*. (2004). Madrid: Centro de Estudios Jurídicos. ISSN-e 1888-7740. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4045290>
- Nestor, P.G. (2002). Mental disorder and violence: personality dimensions and clinical features. *Am J Psychiatry*, 159(12):1973-8. Doi: 10.1176/appi.ajp.159.12.1973. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12450942>
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *CIE-10. Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor.
- Organización Mundial de la Salud. (2005). *Mental Health: facing the challenges, building solutions*. Copenhagen: Publications WHO Regional Office for Europe. Recuperado de http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/96452/E87301.pdf
- Otín Del Castillo, J.M. (2009). *Psicología Criminal: técnicas de investigación e interpretación policial*. Valladolid: Lex Nova. Recuperado de http://books.google.es/books/about/PSICOLOGIA_CRIMINAL_T%C3%A9cnicas_de_investi.html?hl=es&id=cB8fsO7kKOIC
- Pastor Bravo, M. (2014). Estudio médico forense de los trastornos psicóticos I: esquizofrenia. Trastorno esquizoafectivo. En Pastor Bravo, M. (2014). *Psiquiatría Forense* (105-118). Alicante: Publicaciones Universidad de Alicante.
- Pescosolido, B.A., Monahan, J., Link B.G., et al. (Septiembre, 1999). The public's view of the competence, dangerousness, and need for legal coercion of persons with mental health problems. *American Journal of Public Health*, 89(9), 1339-1345. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1525086/#B9>

- Phelan, J.C., Link, B.G., Steuve, A. & Pescosolido, B.A. (Junio, 2000). Public Conceptions of Mental Illness in 1950 and 1996: What Is Mental Illness and Is It to be Feared? *Journal of Health and Social Behavior*, 41(2), 188-207. Recuperado de https://campus.fsu.edu/bbcswebdav/institution/academic/social_sciences/sociology/Reading%20Lists/Mental%20Health%20Readings/Phelan-HealthSocial-2000.pdf
- ¿Qué es una enfermedad mental?. (s.f.). En *Salud Mental*. Federación de Asociaciones de Familiares e Personas con Enfermedad Mental de Galicia. Recuperado de <http://www.feafesgalicia.org/ES/contenido/18/>
- Redondo, S., Pérez, M. & Martínez, M. (2007). El riesgo de reincidencia en agresores sexuales: investigación básica y valoración mediante el SVR-20. *Papeles del Psicólogo*, 28(3), 187-195. Recuperado en <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-medicina-legal-285-articulo-evaluacion-del-riesgo-reincidencia-un-90296289>
- Sainsbury Centre For Mental Health. (2009). *Diversion: a better way for Criminal justice and mental health*. London: Nuffield Press. ISBN13:9781870480789. Recuperado de <http://www.ohrn.nhs.uk/resource/policy/DiversionSCMH.pdf>
- Sánchez Lizausaba, J. (2008). La enfermedad mental y el delito. *Fábrica visual*. Recuperado de http://sanliz.com/content/index.php?option=com_content&task=view&id=9&Itemid=10
- Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Dirección General de Coordinación Territorial y Medio Abierto. (2009). *Protocolo de aplicación del programa marco de atención integral a enfermos mentales en centros penitenciarios (PAIEM)*. Madrid: Ministerio del Interior. Recuperado de http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargas/les/descargas/Protocolo_PAIEM.pdf
- Singleton, N., Meltzer, H., Gatward, R., Coid, J. & Deasey, D. (1998) *Psychiatric morbidity among prisoners in England and Wales*. London: The Stationery Office. Recuperado de <http://www.ons.gov.uk/ons/rel/psychiatric-morbidity/psychiatric-morbidity-among-prisoners/psychiatric-morbidity-among-prisoners--summary-report/index.html>

- The Schizophrenia Commission (2012). *The abandoned illness: a report from the Schizophrenia Commission*. London: Rethink Mental Illness. Recuperado de <http://www.rethink.org/about-us/the-schizophrenia-commission>
- Timko, C., Dixon, K. & Moos, R.H. (2005, 4 de diciembre). Treatment for dual diagnosis patients in the psychiatric and substance abuse systems. *Mental Health Services Research*, 7(4). Doi: 10.1007/s11020-005-7455-9. Recuperado de http://www.academia.edu/3101172/treatment_for_dual_diagnosis_patients_in_the_psiq_and_substance_abuse_sistemas
- U.S. Department of Health and Human Services. Substance Abuse and Mental Health Services Administration Center for Behavioral Health Statistics and Quality. (2012). *Results from the 2010 National survey on drug use and health: Mental health findings*. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Recuperado de http://www.ncdsv.org/images/SAMHSA_Results2010NatlSurveyDrugUseHealth-MentalHealthFindings_1-2012.pdf
- Van't Hoff, G., De Loeff, J. & Latooij, H. (2009). Asistencia de los reclusos con problemas de salud mental en Holanda. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 11(1), 35-41. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-06202009000100005
- Vicens, E., Tort, V., Dueñas, R.M., Muro, Á., Pérez-Arnau, F., Arroyo, J.M., Acín, E., De Vicente, Á., Guerrero, R., Lluch, J., Planella, R. & Sardá, P. (2011). The prevalence of mental disorders in Spanish prisons. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 21(5), 321-332. Doi: 10.1002/cbm.815 Recuperado de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cbm.815/abstract;jsessionid=7743B8BBB8F12721941FB868DB33BE0B.f04t02?deniedAccessCustomisedMessage=&userIsAuthenticated=false>
- Vicens, E. & Tort, V. (2005). El cumplimiento de la medicación y las implicaciones clínicas a largo plazo en la esquizofrenia en el ámbito penitenciario. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 7, 68-76. Recuperado de <http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/viewFile/288/634>

- Wallace, C., Mullen, P.E. & Burgess, P. (2004). Criminal offending in schizophrenia over a 25-year period marked by deinstitutionalization and increasing prevalence of comorbid substance use disorders. *American Journal of Psychiatry*, 161(4), 716-727. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15056519>
- Zafra, E. (Octubre, 2009). Enfermedad mental y delincuencia. Recuperado de <http://psicologiajuridica.org/archives/54>

6. ANEXOS

Figura 5: cuadro aclaratorio sobre la esquizofrenia en el que se hace una explicación amplia sobre esta patología mental y se nos dan datos de interés. Se explica qué es la esquizofrenia, sus características principales, los subtipos clínicos de la misma (desorganizado, catatónico, residual, etc.), los factores a considerar en relación a una posible predisposición de la persona a sufrirla o a mantenerla en el tiempo, los tratamientos de los que se dispone para combatirla y los que se usan en la actualidad, y las cifras de prevalencia de la enfermedad, tanto en México como en el resto del mundo.

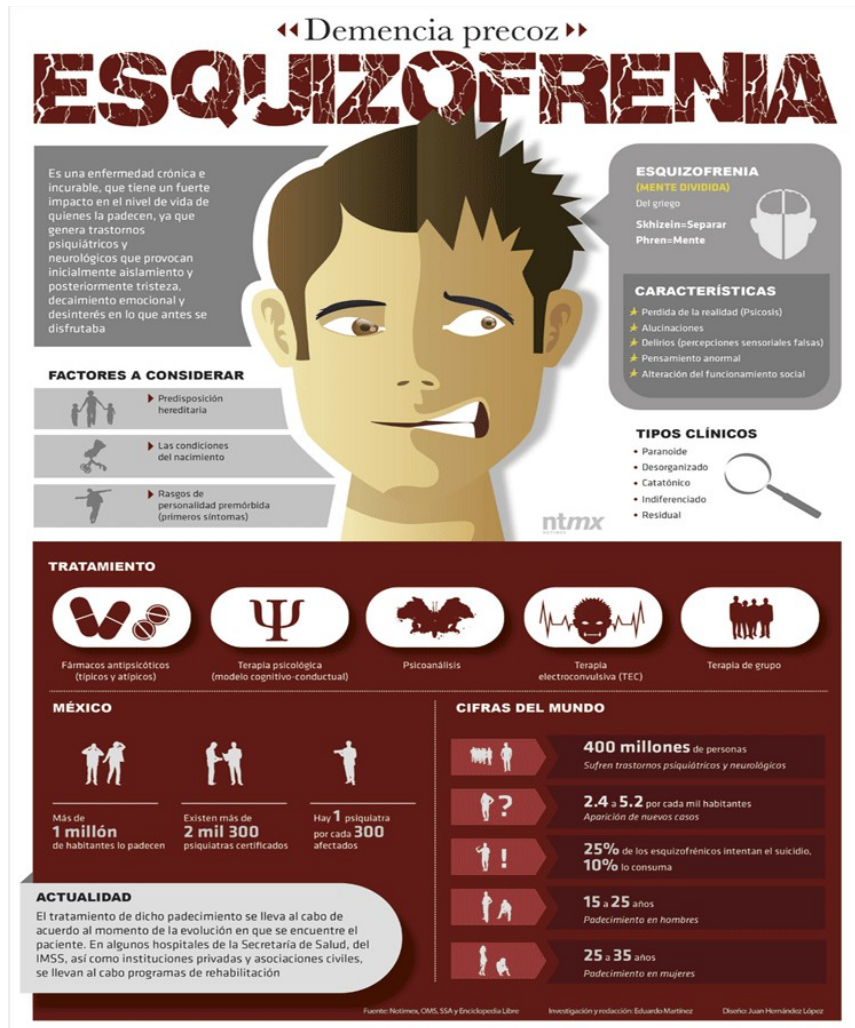


Figura 5.

Figura 6: resultados del año 2010 de la Encuesta Nacional de Uso de Drogas y Salud (National Survey on Drug Use and Health) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EEUU. (Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Center for Behavioral Health Statistics and Quality):

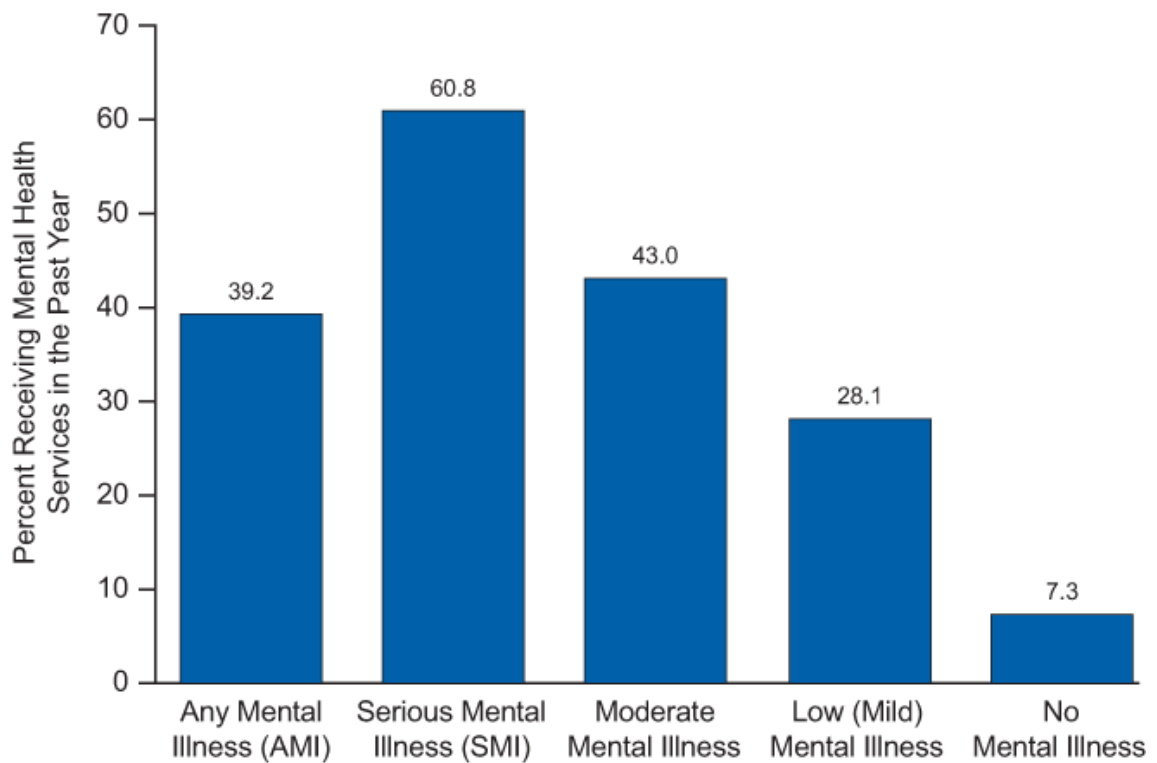


Figura 6: U.S. Department of Health and Human Services. Substance Abuse and Mental Health. Services Administration Center for Behavioral Health Statistics and Quality. (2012). Results from the 2010 National survey on drug use and health: Mental health findings. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Recuperado de http://www.ncdsv.org/images/SAMHSA_Results2010NatlSurveyDrugUseHealth-MentalHealthFindings_1-2012.pdf

Figuras 7, 8 y 9: estadísticas publicadas por el Departamento de Justicia de los Estados Unidos en el “Alaska Justice Forum” (2006), en el que se muestran las estadísticas de reclusos en las prisiones estadounidenses que poseen algún tipo de trastorno mental. Se han mostrado separados según si la prisión en la que se encuentran está dirigida por el gobierno estatal, federal o local y según si tienen o no algún trastorno mental y qué tipo de trastorno.

Así pues, se observa que más de la mitad de los reclusos de las prisiones estatales (56%) y locales (64%) presentaban algún tipo de problema mental, lo cual parece indicar que no hay o no se hace un uso correcto de las instituciones psiquiátricas al no derivar a las mismas a los sujetos aquejados de estas patologías psiquiátricas.

Table 1. Recent History and Symptoms of Mental Health Problems among Prison and Jail Inmates

Mental health problem	Percent of inmates in —		
	State prison	Federal prison	Local jail
Any mental health problem	56.2 %	44.8 %	64.2 %
Recent history of mental health problem^a	24.3 %	13.8 %	20.6 %
Told had disorder by mental health professional	9.4	5.4	10.9
Had overnight hospital stay	5.4	2.1	4.9
Used prescribed medications	18	10.3	14.4
Had professional mental health therapy	15.1	8.3	10.3
Symptoms of mental health disorders^b	49.2 %	39.8 %	60.5 %
Major depressive disorder	23.5	16	29.7
Mania disorder	43.2	35.1	54.5
Psychotic disorder	15.4	10.2	23.9

Note: Includes inmates who reported an impairment due to a mental problem. Data are based on the *Survey of Inmates in State and Federal Correctional Facilities, 2004*, and the *Survey of Inmates in Local Jails, 2002*.

a. In year before arrest or since admission.

b. In the 12 months prior to the interview.

Figure 7.

Table 2. Prevalence of Mental Health Problems Among Prison and Jail Inmates

Mental health problem	State prison inmates		Federal prison inmates		Local jail inmates	
	Number	Percent	Number	Percent	Number	Percent
Any mental health problem^a	705,600	56.2 %	70,200	44.8 %	479,900	64.2 %
History and symptoms	219,700	17.5	13,900	8.9	127,800	17.1
History only	85,400	6.8	7,500	4.8	26,200	3.5
Symptoms only	396,700	31.6	48,100	30.7	322,900	43.2
No mental health problem	549,900	43.8 %	86,500	55.2 %	267,600	35.8 %

Note: Number of inmates was estimated based on the June 30, 2005 custody population in state prisons (1,255,514), federal prisons (156,643, excluding 19,311 inmates held in private facilities), and local jails (747,529).

* Details do not add to totals due to rounding. Includes state prisoners, federal prisoners, and local jail inmates who reported an impairment due to a mental problem.

Source: Bureau of Justice Statistics

Figure 8.

Table 3. Mental Health Problems and Substance Dependence or Abuse Among Prison and Jail Inmates

Mental health problems and substance dependence or abuse	Percent of inmates in —		
	State prison	Federal prison	Local jail
Both	49.3 %	35.3 %	42.7 %
Dependence or abuse only	20.0	9.5	18.0
Mental problems only	39.5	28.0	32.7
None	35.4	25.6	31.1

Source: Bureau of Justice Statistics

Figura 9.

Fuente de las figuras 7, 8 y 9: Bureau of Justice Statistics. (2006). "Inmate Mental Health and Treatment: A BJS Report." *Alaska Justice Forum*, 23(3). Recuperado de http://justice.uaa.alaska.edu/forum/23/3fall2006/c_bjsmentalhealth.html

Figura 10: esquema en el que se muestran los factores que pueden influir en el incumplimiento o cumplimiento incompleto del tratamiento antipsicóticos en el ámbito penitenciario.

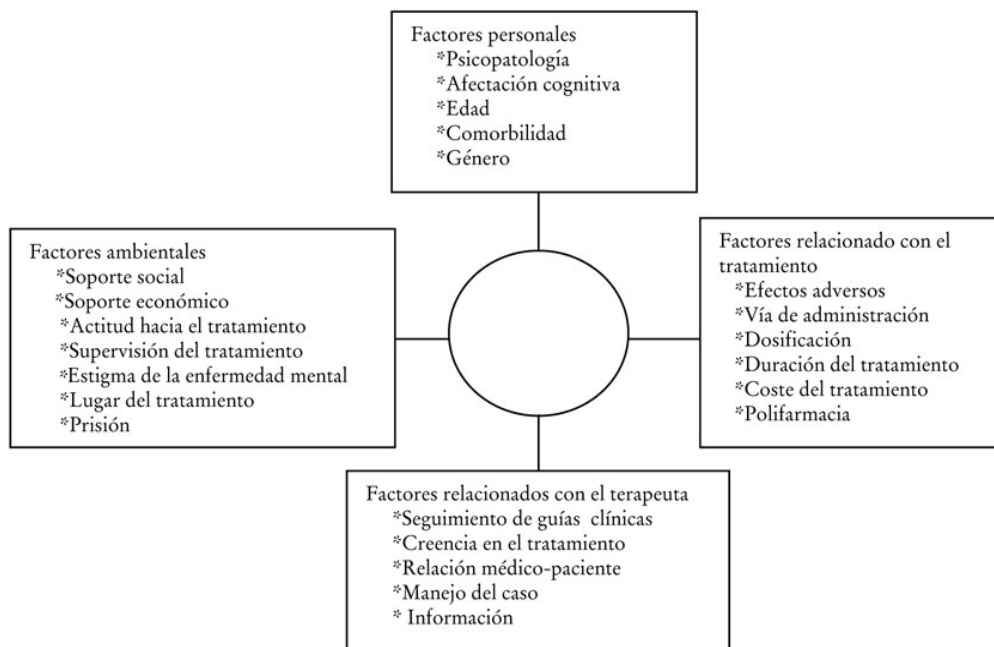


Figura 10: Vicens, E. & Tort, V. (2005). El cumplimiento de la medicación y las implicaciones clínicas a largo plazo en la esquizofrenia en el ámbito penitenciario. Modificado de Fleischhacker et al. (2003). *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 7, 68-76. Recuperado de <http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/viewFile/288/634>