

Rehabilitación psicosocial para las personas con Trastorno Mental Grave (TMG) que son condenados por los tribunales de justicia en España.

Psychosocial rehabilitation for people with Severe Mental Illness (SMI) who are sentenced by the courts of justice in Spain.

Jose M Arroyo-Cobo.

Médico de Instituciones Penitenciarias. Centro Penitenciario de Zuera Zaragoza.

Resumen: Este trabajo es una revisión sistemática de la evidencia científica publicada en los últimos años sobre el tipo de asistencia que reciben las personas con un trastorno mental grave (TMG) que han cometido un delito y han sido condenados por los tribunales de justicia en España. Se analiza especialmente el fenómeno de la judicialización de la enfermedad mental, las alternativas para su rehabilitación psicosocial y los recursos más adecuados para su tratamiento.

Palabras clave: Trastorno mental, Prisión, Psiquiatría Forense, Diseño y construcción de hospitales, Rehabilitación.

Abstract: This work is a systematic review of the scientific evidence published in recent years on the type of assistance received by people with a serious mental disorder (SMI) who have committed a crime and have been sentenced by the courts of justice in Spain. The phenomenon of the judicialization of mental illness, the alternatives for its psychosocial rehabilitation and the most adequate resources for its treatment are especially analyzed.

Key words: Mental disorder, Prison, Forensic Psychiatry, Hospital Design and Construction, Hospitals, Rehabilitation.

Introducción

Es posible que una persona con un Trastorno Mental Grave (TMG) de forma puntual, en un momento de descompensación clínica de su proceso mental, pueda generar una conducta que implique riesgo físico para él mismo o para los que le rodean a consecuencia de lo cual, sea necesario requerir a las fuerzas y cuerpos de seguridad para su contención.

Con frecuencia de esta forma este enfermo va a judicializarse, y en todo caso, cuando la conducta patológica de lugar a cualquier comportamiento tipificado como delictivo, este paciente será puesto a disposición judicial.

Hablamos de TMG cuando nos referimos a personas que sufren trastornos psiquiátricos graves y crónicos como esquizofrenia, trastornos maniaco-depresivos y depresivos gra-

ves, trastornos paranoides y otras psicosis, así como algunos trastornos graves de la personalidad, que dificultan o impiden el desarrollo de las capacidades funcionales del enfermo en relación a aspectos de la vida diaria.

Razones de la judicialización del TMG

La mayoría de las estimaciones consideran que únicamente un 5% de todos los delitos violentos son cometidos por una persona con enfermedad mental grave. Los investigadores orientan la causa de la sobrerrepresentación de los trastornos mentales en reclusos hacia una serie de factores que en ocasiones actúan encadenados, como son entre otros: la mayor vulnerabilidad a la acción de la justicia de estos enfermos, su deficiente seguimiento y control por parte de los servicios asistenciales en la comunidad, un mayor riesgo de reincidencia, la falta de coordinación de las administraciones judicial, sanitaria y social. Un número importante de autores están de acuerdo en que la Reforma de la Psiquiatría Comunitaria, que a lo largo de la última década cerró la mayoría de los recursos asilares, no supo dar una alternativa asistencial adecuada a un gran número de enfermos mentales crónicos.

En el último informe que realizó la Comisión Europea sobre las personas con trastornos mentales que se encuentran en las prisiones europeas, se advirtió que, alrededor del 12% de los reclusos, necesitaban tratamiento psiquiátrico especializado y esta cifra se prevé que vaya en aumento. La Comisión advierte que las necesidades que plantean estos enfermos en las instituciones penitenciarias, es un problema que no está resuelto adecuadamente en ningún país europeo. Para los autores del informe, la raíz de este problema está en la deficiente interacción entre la psiquiatría comunitaria, la psiquiatría forense y las autoridades sanitarias penitenciarias. Según el documento, en el entorno europeo hay una falta de recursos adecuados para la atención de este tipo de enfermos mentales, un número insuficiente de camas psiquiátricas forenses, una falta de personal adecuadamente entrenado para el tratamiento de estos pacientes, escasos programas de detección temprana,

ausencia de seguimiento posterior después de la medida de internamiento y escasa dotación de presupuestos para estas tareas por parte de los gobiernos respectivos².

En la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (SGIIPP) se han realizado dos importantes estudios para conocer el número y el tipo de enfermos mentales que se encuentran en prisión; el primero de ellos, se hizo en 2006, a partir de 1.000 historias clínicas de internos, elegidas de forma aleatoria en todas las prisiones del Estado. En 2009, se realizó otro estudio sobre una muestra de 707 internos utilizando entrevistadores específicamente entrenados y la misma metodología empleada por los estudios epidemiológicos más prestigiosos sobre patología mental en población general. Los resultados han sido muy similares en ambos trabajos, en el último se obtuvieron antecedentes de trastorno mental común en el 84.4% de los internos, trastornos por abuso o dependencia a drogas en el 76.2%. En el momento de la entrevista un 41.2% de los internos presentó algún tipo de trastorno mental, en concreto Trastorno de Ansiedad el 23.3%, Abuso o Dependencia a drogas el 17.5%, Trastorno Afectivo, generalmente depresivo, el 14.9% y Trastorno Psicótico o Trastorno Mental Grave (TMG) el 4.2%.

Programas de rehabilitación psicosocial disponibles

El hecho de que la tasa de prevalencia de trastornos psicóticos judicializados sea mucho mayor de lo que cabría esperar, en base a la prevalencia de estos procesos en la población general, obliga a considerar qué tipo de dispositivos pueden ser necesarios para atender mejor las necesidades de salud mental de esta población de pacientes que debe cumplir penas, y qué lugar pueden tener las instituciones de doble tutela judicial y sanitaria, en su rehabilitación psicosocial.

Desde el siglo XIX el tratamiento penal y penitenciario de los enfermos mentales no ha dejado de ser objeto de serias discusiones, al no haber unidad de criterio en aspectos como la conveniencia o no de proceder al internamiento del enfermo en centros de naturaleza

penitenciaria. En las últimas décadas, ha habido unanimidad sobre la obligación de darle al delincuente enfermo, una atención médica especializada de igual calidad a la que recibiría si fuera tratado en la comunidad. En el caso de los enfermos que han sido declarados no culpables, y se encuentren en una situación con alto potencial criminógeno, o alto riesgo de conducta violenta, en definitiva, de reincidencia delictiva, deberían permanecer en centros con las medidas de contención suficientes para evitar esa reincidencia y para recibir la terapia más adecuada en esas condiciones. Esta debería ser la misión fundamental de las plazas de internamiento psiquiátrico forense, es decir de los enfermos judicializados que precisan ingreso en una institución de larga estancia. Aquellos enfermos judicializados con un bajo potencial criminógeno, o mejor dicho, con bajo riesgo de conducta violenta, deberían ser tratados en centros con el mayor potencial rehabilitador posible, lo que generalmente ocurre en centros de régimen ambulatorio, cercanos a su comunidad.

Por otro lado, los enfermos judicializados que han sido declarados culpables, y están cumpliendo una condena en un centro penitenciario ordinario, deben poder disponer de un programa terapéutico que asegure la continuidad asistencial y la equidad en cuanto a la disponibilidad de recursos. Igualmente deben tener acceso a las unidades psiquiátricas comunitarias en caso de descompensación aguda, en igualdad de condiciones que los enfermos no judicializados.

En el Código Penal español, tras la reforma de 1995, se estipula que, cuando una persona haya cometido un delito penal y sea considerada inimputable por causa de enfermedad mental, el tribunal tiene la posibilidad de someterle a un tratamiento ambulatorio, o podrá imponerle internamiento psiquiátrico involuntario, en una institución apropiada, por un periodo que, en ningún caso, será superior al de la pena que hubiera podido corresponderle de haberle considerado responsable del delito. Un importante número de enfermos psiquiátricos graves que ingresan en el sistema penitenciario, tiene este origen judicial y sobre ellos influyen una serie de implicaciones

médico-legales que condicionan su diagnóstico, evolución y rehabilitación. Los pacientes judicializados presentan unas necesidades derivadas precisamente y en primer lugar de su situación penal, entre otras, la obligación de permanecer en una institución cerrada hasta que el tribunal del que dependen no diga lo contrario, así como la obligatoriedad de mantener un flujo de información adecuada y actualizada del equipo terapéutico tanto con el juzgado como con la institución penitenciaria, último responsable del cumplimiento de la sentencia. Precisamente, esta coordinación interinstitucional persigue adaptar las condiciones del proceso rehabilitador del internado, al riesgo de reincidencia delictiva, pudiendo éste acceder a recursos de menor contención a medida que ese riesgo se minimiza. Los procedimientos para seguir este proceso rehabilitador son complejos, y varían en función de las condiciones del paciente tanto desde la esfera clínica como judicial. Este trabajo recoge la información científica publicada al respecto.

Metodología

Fuentes de información: Como fuentes primarias se recogen artículos científicos de revistas indexadas y documentos internos sobre la materia de la Subdirección general de Sanidad Penitenciaria. Como fuentes secundarias se consideraron las bases de datos especializadas como Pubmed, Scopus, Scielo, Latindex, DOAJ (Directory of Open Access Journals), BioMed Research International, Cochrane Database y Google académico.

Se establece una estrategia de búsqueda consistente en rastrear documentos en los que estuvieran los siguientes términos del MESH (medical subject headings) y sus correspondientes traducciones al castellano teniendo en cuenta el índice DESC (Descriptores en Ciencias de la Salud): 'mental disorder', 'jail', 'mental health', 'penitentiary', 'prison center', 'prison', 'prison system', 'social rehabilitation', 'mental pathology', 'psychiatry', 'mental illness', 'prison mental health', 'prison psychiatry', 'prison mental illness', Hospital Design and Construction, Hospitals, Psychiatric, Forensic Psychiatry, Rehabilitation.

'Trastornos mentales', 'cárcel', 'salud mental', 'penitenciaria', 'centro carcelario', 'prisión', 'sistema penitenciario', 'readaptación social', 'patología mental', 'psiquiatría', 'enfermedad mental', 'salud mental penitenciaria', 'psiquiatría carcelaria', 'enfermedades mentales penitenciarias', Hospitales psiquiátricos, Arquitectura y Construcción de Hospitales, Psiquiatría Forense, Rehabilitación.

Criterios de inclusión de los documentos:

Trabajos sobre trastornos mentales y del comportamiento en el contexto penitenciario, publicados desde 1980 hasta mayo de 2023. Artículos originales, con diseño analítico, observacional, prospectivo, retrospectivo, transversal, aleatorizado, revisiones sistemáticas y metaanálisis. Artículos en revistas indexadas. Trabajos con resumen en idioma inglés y español.

Criterios de exclusión:

- Artículos de acceso pagado
- Artículos sin declaración de conflicto de interés.
- Artículos de prensa digital o escrita.

Resultados

Respecto a la revisión sistemática de la bibliografía disponible sobre la asistencia de los trastornos mentales graves judicializados, existe poca literatura publicada (Tabla 1). Además de las recomendaciones de los Organismos Oficiales Internacionales y Nacionales, la mayor parte de los documentos disponibles corresponden a Europa, y Reino Unido. Se encontraron 81 artículos de los que se rechazaron 33.

La literatura científica concluye que no hay una relación directa entre delito y enfermedad mental; solamente, en casos excepcionales y generalmente después de signos premonitorios claros, una persona con enfermedad mental presenta conductas agresivas inesperadas, o comete delitos extremadamente violentos e irracionales, con resultado de muerte, ¿cuándo la enfermedad mental es un factor determinante para la judicialización? Los autores están de acuerdo en que hay ciertos

determinantes que predisponen a estos enfermos a conductas inadecuadas, violentas o que pueden generar la acción de la justicia. El alto riesgo de exclusión social, junto a la dificultad de acceso a la asistencia que conlleva, el consumo de psicotóxicos, la vulnerabilidad ante el proceso judicial y de manera determinante, la descoordinación entre las instituciones encargadas de atender estos cuadros, son entre otras, las principales razones de la judicialización de estos enfermos. En muchos casos, puede ser muy difícil establecer el grado de contribución de la enfermedad mental en la conducta violenta o en la conducta delictiva en general. En base a la evidencia disponible podemos concluir lo siguiente:

- Las personas con determinados trastornos mentales graves tienen más probabilidad de cometer determinados delitos violentos que el resto de los ciudadanos.
- El aumento de esta probabilidad se altera considerablemente por factores sociodemográficos.
- La personalidad antisocial y el abuso de sustancias tóxicas tienen mayor asociación con la infracción que los trastornos mentales graves.
- La combinación de trastornos psiquiátricos (particularmente cuando uno de ellos es un trastorno debido al consumo de sustancias tóxicas) puede tener más importancia que una sola categoría de enfermedad mental importante.
- La mayor parte de los delitos cometidos por individuos que padecen enfermedades mentales importantes son de naturaleza menor. La violencia, cuando tiene lugar, es muy probable que se dirija contra un miembro de la familia o personas de su entorno más cercano.

Como síntesis para construir un perfil identificable y consistente de necesidades asistenciales de estos enfermos, podríamos concluir lo siguiente:

1. Son personas con una enfermedad mental que se encuentran en una situación social desfavorable.

2. No tienen un adecuado soporte familiar, o el que tienen, no está en condiciones de darles una ayuda efectiva, cuando no contribuye a agravar su situación.
3. Presentan combinaciones variables de diversos problemas psicosociales, que requieren habitualmente la intervención de diferentes profesionales y redes específicas de atención.
4. Han recibido y/o reciben intervenciones insuficientes o inadecuadamente coordinadas, en muchas ocasiones por divergencias en la valoración de las necesidades y de las actuaciones posibles por parte de alguna de las redes de atención.

El tratamiento de los trastornos mentales, como el del resto de los procesos asistenciales en la Institución Penitenciaria, debe poder garantizar su equivalencia y continuidad con los de la comunidad para la misma enfermedad.

Los recursos asistenciales para personas con enfermedad mental grave no son sólo un espacio o un dispositivo, sino que requieren específicas formas de organización relacionada con la mediación y con la atención continuada para favorecer la integración social, la organización de la vida diaria, los autocuidados, la rehabilitación, y para evitar las hospitalizaciones. En muchos casos, suponen la alternativa a la hospitalización prolongada. Incluyen centros y hospitales de día, centros de rehabilitación psicosocial, centros de rehabilitación e integración laboral y programas de seguimiento intensivo comunitario como los de "Tratamiento Asertivo Comunitario", constituido por equipos de salud mental que atienden a las personas afectadas directamente en la comunidad, y especialmente en su domicilio, con el objetivo prioritario de mantener la adherencia al tratamiento, evitar recaídas y mejorar el funcionamiento psicosocial. Este abordaje requiere de un conjunto de dispositivos asistenciales comunitarios que procuran atención continuada, de elevada intensidad, de rehabilitación e integración social, dirigidos de forma preferente a la atención comunitaria de personas con TMG. Los recursos sociales y sociosanitarios, que incluyen pro-

gramas de inserción laboral, alojamiento (pisos tutelados, mini residencias), programas de protección de derechos y tutela, respaldo económico, etc. son también necesarios para asegurar una adecuada rehabilitación psicosocial de estos enfermos.

Las características de algunos de los dispositivos descritos pueden variar de forma importante entre las diferentes CC.AA., tanto en su estructura, recursos, perfil de pacientes y modelo de funcionamiento como en financiación (sanitaria, social o mixta). La intervención con los enfermos judicializados con TMG comienza después de ser sentenciados a una medida de seguridad y o de privación de libertad, y por tanto se inicia en régimen de internamiento, lo que supone una contradicción en términos de recuperación psicosocial. Las videntes corrientes rehabilitadoras no confían en los regímenes asilares como instrumentos recuperadores de la salud mental. Sin embargo, el ingreso psiquiátrico en régimen cerrado es una obligación impuesta por los tribunales, bien es cierto que siempre limitado en el tiempo, y con el objetivo principal de evitar la reincidencia de la conducta que ha merecido el reproche jurídico y la pena impuesta.

A pesar del rechazo al internamiento judicial de este tipo de enfermos, puesto que es una realidad frecuente, en la literatura se sigue investigando para potenciar los elementos rehabilitadores de las instituciones cerradas destinadas a las personas con enfermedad mental que se han judicializado. Dado que la recuperación debe comenzar para la mayoría de los enfermos judicializados en estos entornos cerrados, debe buscarse el modo de que ese aislamiento les perjudique lo menos posible, diseñando espacios físicos terapéuticos con capacidad sanadora. Los dispositivos cerrados deben ser capaces de proporcionar a cada enfermo el programa terapéutico que necesita en cada momento de la evolución de su enfermedad.

Aprovechando el efecto psico-social que los espacios producen sobre la conducta y las emociones de las personas, se han diseñado entornos capaces de ayudar en el proceso terapéutico incluso durante el aislamiento social.

Una de las principales recomendaciones que hacen los autores para ello es la limitación del número de camas de los hospitales psiquiátricos, y la disminución el tamaño de sus edificios, para huir de los pabellones a gran escala. En toda Europa occidental, los departamentos psiquiátricos en régimen de internamiento se construyen únicamente para un número pequeño de casos con trastornos mentales graves y/o alto grado de dependencia.

El dispositivo de rehabilitación psiquiátrica para pacientes judicializados más novedoso y cuyo desarrollo marcó un antes y un después en este tipo de recursos cerrados, fue el desarrollado por el gobierno italiano. Esta propuesta se inició en 2008, cuando el Estado Italiano transfirió la responsabilidad de toda la asistencia sanitaria penitenciaria al Ministerio de Sanidad, incluidos los hospitales psiquiátricos forenses, que eran responsabilidad del Ministerio de Justicia hasta entonces. De esta forma, el titular de la asistencia médica de la población general y de la judicializada, se convirtió en la misma administración, evitando cualquier posibilidad de discriminación por razones de gestión. Este denominado Modelo de Trieste, está basado en las REMS (Residenze per l'Esecuzione della Misura di Sicurezza). Estas Unidades forenses de Salud Mental tienen una organización arquitectónica no sólo orientada en el ámbito clínico, según el modelo tradicional del Hospital Psiquiátrico de larga estancia, sino también en el ámbito BIO-PSICO-SOCIAL, afrontando las diferentes caras del sufrimiento psíquico. La intervención se basa en un régimen inspirado en las comunidades terapéuticas, la continuidad de cuidados con la colaboración de profesionales no-médicos, especialmente en las etapas de rehabilitación próximas a la salida del centro, son un pilar principal en su labor rehabilitadora. Los autores están de acuerdo en que el éxito de las intervenciones con estos pacientes depende del trabajo de un grupo estructurado de diferentes profesionales, actuando en un entorno seguro.

La actual psiquiatría comunitaria promueve la asistencia de las personas con enfermedad mental grave fuera de instituciones cerradas, destaca la importancia de los recursos

comunitarios para mantener al paciente en su medio social y pondera la necesidad de conservar la continuidad de los cuidados en la atención del enfermo mental crónico. El objetivo de este movimiento ha sido la adecuación de los recursos asistenciales en la comunidad para que sean capaces de cubrir las necesidades de los pacientes, sustituir la asistencia en los hospitales psiquiátricos asilares desplazándola hacia los recursos sanitarios normalizados³¹. Sin embargo, hoy en día, en opinión de una porción creciente de profesionales de la salud mental, este desplazamiento al exterior no ha sido posible debido a la escasez y poca idoneidad de los recursos disponibles en la comunidad para un determinado tipo de pacientes que, además, resultan ser los más vulnerables a la judicialización. Siempre habrá un porcentaje, aunque mínimo, de enfermos judicializados que no cumplen criterios para tratamiento ambulatorio o en recursos de media estancia, incluso no aptos para el modelo REM.

A pesar de que la Institución Penitenciaria no tiene competencias en asistencia comunitaria de problemas de salud mental, sí las tiene en asegurar el cumplimiento de las medidas de seguridad derivadas de sentencias que condenan a este tipo de enfermos a recibir un tratamiento en régimen de internamiento involuntario. El Real Decreto 840/2011, de 17 de junio en su art. 20 que señala: "las medidas de seguridad se cumplirán en los centros adecuados, públicos o concertados de las Administraciones Públicas competentes por razón de la materia y del territorio". En sus arts. 21 y 22 señala la competencia expresa de la Administración Penitenciaria para la ejecución de las medidas privativas de libertad de internamiento en establecimiento o unidad psiquiátrica penitenciaria. La sanidad penitenciaria, por su parte, ha dispuesto de instalaciones convertidas en recursos sanitarios, pero sin una estructura arquitectónica específicamente planificada para la asistencia a este tipo de enfermos mentales, en ocasiones, incluso ni concebidas para servir como instalación sanitaria, edificios que fueron usados como antiguos cuarteles, conventos o prisiones. Estos recursos, a pesar de las reformas realizadas en su estructura y

personal, hoy en día, presentan importantes carencias derivadas de esa ausencia de elementos arquitectónicos con vocación terapéutica¹³. Estos recursos cerrados, hoy por hoy, difícilmente pueden cumplir con el objetivo final de todo proceso rehabilitador, que es conseguir la máxima autonomía del paciente, en el entorno terapéutico de menor contención, que sea compatible con el mínimo riesgo de reincidencia, lo que algunos autores llaman situación de “óptima calidad de vida”.

La sensación de seguridad por parte del paciente es la base del proceso de recuperación junto a dinámicas que le procuren un cambio vital respecto a su esperanza en el futuro, apoyo de redes sociales y el refuerzo de su identidad. Algunos autores reconocen la importancia del entorno asilar para establecer la base inicial de estos procesos ya que, en estos ambientes cerrados, el enfermo encuentra la estabilidad necesaria como fase previa al régimen ambulatorio, especialmente si el enfermo proviene de un régimen penitenciario y es trasladado a una institución hospitalaria como consecuencia de una sentencia absoluta. Cuando la comunidad ha fracasado a la hora de proveer un dispositivo asistencial ambulatorio para este perfil de enfermos, el riesgo de descompensación es elevado fuera de un recurso asilar.

En los hospitales psiquiátricos dependientes de IIPP son unos dispositivos concebidos para atender a los enfermos judicializados más complejos y con más necesidades de seguridad. Sin embargo, llegan a ellos no sólo este tipo de pacientes, sino la inmensa mayoría de todos los enfermos sometidos a una medida de seguridad, de hecho, en 2021 en estos dispositivos, el 33% de todos los pacientes internados, cumplían una medida de internamiento inferior a tres años, el 19% de ellos, inferior un año. Condenas que se corresponden con delitos leves y con bajo riesgo de conducta violenta.

Discusión

En nuestro país, la administración penitenciaria, desde hace años, viene insistiendo ante las autoridades sanitarias responsables de la

asistencia psiquiátrica de la población general sobre la falta de recursos para atender y detectar de forma temprana a un perfil de personas con enfermedad mental vulnerable a la judicialización. Salvo escasas excepciones, como en el caso de las CCAA de Cataluña, Navarra, País Vasco o Castilla la Mancha, no se ha hecho ningún esfuerzo por dotar a los servicios de salud mental comunitarios de recursos específicos para este tipo de pacientes.

Del conjunto de personas con enfermedad mental que entran en el sistema penitenciario, aquellos que no son responsables del delito que cometieron, merecen una atención especialmente cuidadosa, porque la única obligación legal impuesta por el tribunal sentenciador, como consecuencia jurídica del delito cometido, es que se sometan a un tratamiento adecuado a su problema de salud, entre otras importantes razones, para evitar su reincidencia delictiva. La ley no establece la necesidad inexcusable de que los enfermos judicializados no imputables ingresen en dispositivos asistenciales dependientes de la Institución Penitenciaria, que, por su naturaleza arquitectónica, estructural y de objetivos, están destinados siempre a la máxima contención, aislamiento y seguridad, pero, sin embargo, el legislador sí traslada a esta administración la competencia de la ejecución de las sentencias. En algunos países de nuestro entorno, las personas con enfermedad mental grave que se han judicializado son ingresadas por orden del tribunal para recibir tratamiento en instituciones psiquiátricas pertenecientes a la administración sanitaria, que pueden ser cerradas o no, en función del riesgo de conducta violenta.

Lo más habitual en un enfermo judicializado es que se encuentre en una situación social desfavorable. No tenga un adecuado soporte familiar, o el que tiene, no esté en condiciones de darle una ayuda efectiva, cuando no contribuye a agravar su situación. Presenta combinaciones variables de diversos problemas, que requieren habitualmente la intervención de diferentes profesionales y redes específicas de atención. Ha recibido y/o recibe intervenciones insuficientes o inadecuadamente coordinadas, en muchas ocasiones por diver-

gencias en la valoración de las necesidades y de las actuaciones posibles por parte de alguna de las redes de atención.

Los pacientes judicializados presentan unas necesidades derivadas precisamente y en primer lugar de su situación judicial, y entre otras, la obligación de permanecer en una institución cerrada hasta que el tribunal del que dependen no diga lo contrario, así como la obligatoriedad de mantener un flujo de información adecuada y actualizada del equipo terapéutico con el juzgado y la institución penitenciaria, último responsable del cumplimiento de la sentencia. Precisamente, esta coordinación persigue adaptar las condiciones del proceso rehabilitador del internado, al riesgo de reincidencia delictiva, pudiendo éste acceder a recursos de menor contención, a medida que ese riesgo se minimiza.

Los dispositivos que más se ajustan a las necesidades asistenciales de estos pacientes en la comunidad, serían los recursos con camas de subagudos, los de camas para rehabilitación psicosocial, y para casos muy concretos y poco frecuentes, los de camas para larga estancia. Aunque en ningún momento el tribunal exige que la sentencia se cumpla en una institución penitenciaria, si los servicios de salud comunitarios no facilitan camas para este tipo de asistencia, la última responsable de la ejecución de la sentencia será el servicio penitenciario. Por otra parte, conviene no olvidar que todas las sentencias de personas con enfermedad mental que se han judicializado, tienen un tiempo tasado de ejecución que, aunque pueda ser largo, nunca es indefinido, por lo que la etapa final de su recuperación siempre deberá hacerse en un recurso extra-penitenciario.

La rehabilitación psicosocial es una prestación en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud. Es, por tanto, una función y una responsabilidad de la que los servicios de salud mental comunitarios no pueden quedar excluidos. Cuando, además, está establecida y regulada en una sentencia, la disponibilidad de recursos adecuados para materializarla, se convierte en una obligación para la Secretaría General de IIPP.

Los servicios penitenciarios se encuentran ante la necesidad de disponer de camas de recursos hospitalarios de salud mental en régimen de internamiento, con las mejores prestaciones posibles para su rehabilitación, que si atendemos a las corrientes actuales que tienen como paradigma el Modelo de Trieste, serán necesariamente estructuras que alberguen a grupos pequeños de pacientes, idealmente con disposición modular, con arquitectura asimilable a pequeñas residencias, en las que se deben organizar espacios terapéuticos propios y adaptados al perfil de los enfermos, en régimen de comunidad terapéutica. Cada módulo o pequeña residencia independiente, debe especializarse en el abordaje de las diferentes patologías, y síntomas característicos de las distintas fases evolutivas de estos casos, siempre complejos.

Conclusiones

Las personas con enfermedad mental en mayor riesgo de judicialización son frecuentemente las que no tienen conciencia clara de enfermedad, con un proceso cronificado, muchas veces múltiple, que sufre etapas de agravación, quizá por entrar en contacto con drogas, con una escasa red social y familiar y que ha precisado ingresos previos en hospital, acaso con antecedentes judiciales por incidentes menores. Se trata de situaciones complejas, que acumulan diferentes necesidades socio-asistenciales y cuya solución depende de factores interrelacionados. Es muy difícil por ello encontrar un recurso capaz de resolver todas estas necesidades de manera simultánea. Ninguna administración pública, dispone por sí sola de todos los recursos necesarios para afrontar su rehabilitación en los distintos momentos en la evolución de su proceso mental. El abordaje descoordinado de estos casos, sin compartir la información ni los recursos disponibles, produce sucesivos intentos fallidos de asistencia.

Los recursos cerrados dependientes de la Administración de Justicia en otros países, o de la Administración Penitenciaria en el caso de España, son aquellos en los que recae en último término el cumplimiento de las sentencias judiciales y han venido a cubrir las necesidades

de internamiento por imperativo legal. En la literatura consultada se evidencia una insuficiente planificación para la detección temprana y la prevención de la judicialización de los perfiles de enfermos más vulnerables.

El cierre de los Hospitales Psiquiátricos en la década de los ochenta y el desarrollo de nuevos y mejores servicios sanitarios ambulatorios de salud mental exigían un esfuerzo paralelo de desarrollo de recursos de apoyo social, específicos para los enfermos internados en instituciones de larga estancia con TMG, que debían ahora atenderse en la comunidad. Ese esfuerzo, a día de hoy, está todavía pendiente. El resultado de estas carencias: la transinstitucionalización de este colectivo de enfermos, desde los asilos manicomiales ahora en su mayoría cerrados, a las prisiones

En la última década, se han hecho esfuerzos, por parte de los recursos penitenciarios, para implicar a los Servicios de Salud mental y sociosanitarios con el fin de que faciliten plazas comunitarias a los enfermos judicializados, sin éxito, salvo en el País Vasco, Castilla la Mancha, Navarra y Cataluña. El resto de CCAA, no han asumido la responsabilidad de atender a estos enfermos en dispositivos propios. Por tanto, y a menos que el legislador establezca lo contrario, los servicios penitenciarios tienen la responsabilidad última de ofrecer a los tribunales, recursos asistenciales de media y larga estancia, en régimen de internamiento, para los casos en los que estos recursos no se oferten en los servicios sociosanitarios extra-penitenciarios.

En la actualidad, hay un déficit de este tipo de recursos en el mapa de los servicios sociales y de salud mental de las CCAA, por lo que es preciso, tanto crear nuevos, como actualizar los existentes, para que puedan atender a un perfil del paciente con múltiples necesidades, cambiantes en el tiempo y que requieren una

actuación concurrente y multidisciplinar. Este es el perfil de enfermo más vulnerable a la judicialización.

La falta de un recurso de la red sociosanitaria para estas personas judicializadas, en las mismas condiciones que, para el resto de los pacientes, puede entenderse como un triple fracaso, el de la justicia, ya que nada punible han hecho, el del sistema nacional de salud, que permite su doble estigmatización como enfermos mentales y como reclusos y finalmente, el fracaso de toda la sociedad en su misión defensora de los valores humanos.

No existe conflicto de intereses en este trabajo.

Tabla 1. Número de trabajos incluidos en la revisión, por origen y base de datos

Número de trabajos	País	Base de datos
2	Estados Unidos	Cochrane
1	Canadá	Med Line
8	Estados Unidos	Med Line
10	España	Google
3	España	Med Line
1	España	Scielo
12	Resto de Unión Europea	Med Line
1	Resto de Unión Europea	Cochrane
1	UK	Google
8	UK	Med Line
1	WHO	Google
48 Total		

Contacto

Jose M Arroyo-Cobo ✉ jmanuel.arroyoc@dgjp.mir.es

Revisión Bibliográfica

1. Goldman, H.H.; Gatozzi, A.A.Tanbe, C.A.: Defining and counting the chronically mentally ill. *Hospital and Community Psychiatry*. 1981; 32: 22.
2. López-Álvarez M, Laviana-Cuetos M, Fernández L, López A, Rodríguez A.M, Aparicio A. La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 2008, vol. XXVIII, n.º 101, pp. 43-83.
3. Keown P, Mercer G, Scott J. Retrospective analysis of hospital episode statistics, involuntary admissions under the Mental Health Act 1983, and number of psychiatric beds in England 1996-2006. *BMJ* 2008;337:a1837
4. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud Documento de Consenso de las Comisiones de Análisis de Casos de Personas con Enfermedad Mental sometidas a Penas y Medidas de Seguridad. MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD 2014. (en línea - consultado septiembre 2020) disponible en: https://www.aepcp.net/arc/Estrategia_Consenso_ACCESIBLE.pdf
5. Hartvig, P. Kjelsberg, E. Penrose's law revisited: the relationship between mental institution beds, prison population and crime rate. *Nord J Psychiatry*. 2009;63 (1):51-6.
6. Salze H J, Dreßing H, Kief C. Mentally Disordered Persons in European Prison Systems - Needs, Programmes and Outcome (EUPRIS). European Commission. Central Institute of Mental Health J5 D-68159 Mannheim Germany October 31, 2007 (en línea - Consulta abril 2023) disponible en: http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2004/action1/docs/action1_2004_frep_17_en.pdf
7. Keown P, McKenna D, Murphy H, McKinnon I, Offenders with mental disorders in prison and the courts: links to rates of civil detentions and the number of psychiatric beds in England – longitudinal data from 1984 to 2016. *BJPsych Open* 2019, 5, e93, 1–7.
8. O'Neill, C J Kelly B D, Kennedy H G. A 25-year dynamic ecological analysis of psychiatric hospital admissions and prison committals: Penrose's hypothesis updated. *Ir J Psychol Med*. 2018, Nov 15;1-4.
9. Dirección General de Instituciones Penitenciarias Subdirección General de Sanidad Penitenciaria. Estudio Sobre Salud Mental en el Medio Penitenciario. Diciembre 2006. Documento Interno.
10. Vicens E, Tort V, Dueñas RM, Muro A, Pérez-Arnau F, Arroyo JM, et al. The prevalence of mental disorders in Spanish prisons. *Criminal Behaviour and Mental Health*. *Crim Behav Ment Health*. 2011;21(5):321-32.
11. Gómez Tato I. Atención sociosanitaria y atención mental *Rev Adm Sanit* 2005;3(2):273-86.
12. García Andrade JA. La Patología Psiquiátrica en las Prisiones. En *Psiquiatría Legal y Forense*. Vol II. Delgado Bueno S. Colex Madrid 1994 pp 57-69.
13. Hospitales Psiquiátricos dependientes de la Administración penitenciaria, propuesta de Acción. Subdirección General de Coordinación de Sanidad Penitenciaria. Secretaría General de Instituciones penitenciarias. Ministerio de Interior. Madrid. 2010. (En línea - consulta abril 2022). Disponible en: <https://1library.co/document/y43mj89z-hospitales-psiquiatricos-dependientes-administracion-penitenciaria-propuesta-confederacion-espana.html>
14. Bradley K. Lord Bradley's review of people with mental health problems or learning disabilities in the criminal justice system [Internet]. London: COI for the Department of Health; 2009. (En línea - consulta mayo 2023). Disponible en: <https://lx.iriss.org.uk/sites/default/files/resources/The%20Bradley%20report.pdf>
15. Protocolo de aplicación del programa marco de atención integral a enfermos mentales en centros penitenciarios (PAIEM). Madrid: Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Dirección General de Coordinación Territorial y Medio Abierto. 2009. (En línea- consulta mayo 2023). Disponible en: https://www.faisem.es/wp-content/uploads/2013/11/Protocolo_PAIEM.pdf
16. Arroyo-Cobo JM. Estrategias asistenciales de los problemas de salud mental en el medio penitenciario, el caso español en el contexto europeo. *Rev Esp Sanid Penit* 2011; 13: 100-111.
17. Davies J, Heyman, B, Godin, P, Shaw, M. Reynolds, L. The problems of offenders with mental disorders: A plurality of perspectives within a single mental health care organisation. *Social Science and Medicine*, 63 (4). 2006pp. 1097-1108. (En línea - consulta Mayo 2023) disponible en: <http://eprints.hud.ac.uk/id/eprint/6401/>
18. Krona et al. *Frontiers in Psychiatry*. July 2021, Volume 12. Article 564171.

19. Penal reform international: making standards work: an international handbook on good prison practice. The Hague: United Nations; 1995.
20. Declaration. Prison health as part of public health. Moscow: WHO; 2003 En línea-consulta abril 2022). Disponible en: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/98971/E94242.pdf
21. IMSERSO Guía de orientación en la práctica profesional de la valoración reglamentaria de la situación de dependencia en personas con trastornos mentales graves. MINISTERIO DE SANIDAD. GOBIERNO DE ESPAÑA.2011
22. Jacobs L. A, Fixler A, Labru T, Givens A, Newhill C. Risk Factors for Criminal Recidivism Among Persons With Serious Psychiatric Diagnoses: Disentangling What Matters for Whom. *Frontiers in Psychiatry* December 2021. Volume 12. Article 778399.
23. Parpouchi M, Moniruzzaman A., Buxton J. A. Somers1 J.M. Multivariable modelling of factors associated with criminal convictions among people experiencing homelessness and serious mental illness: a multi-year study. *Sci Rep.* Aug 2021. 16;11(1):16610. doi: 10.1038/s41598-021-96186-x
24. Schaffner D, Weber M, Kochuparackal T, Graf M, Hachtel H. Long-Term Recidivism of Mentally Disordered Offenders Considered. "Dangerous to the Public" in Switzerland. *Frontiers in Psychiatry* April 2021. Volume 12. Article 639936.
25. Van Deirse T. B., Cuddeback G.S. Wilson M.B., Edwards D, Lambert M. Variation in Criminogenic Risks by Mental Health Symptom Severity: Implications for Mental Health Services and Research. *Psychiatr Q.* March 2021; 92(1): 73–84. doi:10.1007/s11126-020-09782-x.
26. Barrios LF. Origen, evolución y crisis de la institución psiquiátrico-penitenciaria. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.* 2007;100: 473–500.
27. Olausson S, Danielson E, Johansson I B, Wijk. The meanings of place and space in forensic psychiatric care - A qualitative study reflecting patients' point of view *Int J Ment Health Nurs.* 2019 Apr;28(2):516-526.
28. Korpela K M, Pasanen T, Repo V, Hartig T, Staats H , Mason M, et al. Environmental Strategies of Affect Regulation and Their Associations With Subjective Well-Being. *Frontiers in Psychology* | www.frontiersin.org 1 April 2018. Volume 9. Article 562.
29. Bonnes M, Bonaiuto M, Fornara F, Bilotta E. *Environmental Psychology and Architecture for Health Care Design* Chapter · January 2009. (En línea- consulta febrero 2023), disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/303923211> (consulta febrero 2023).
30. Bates V. 'Humanizing' healthcare environments: architecture, art and design in modern hospitals *Design for health*, 2018 VOL. 2, NO. 1, 5–19 (En línea – consulta febrero 2023) disponible en: <https://doi.org/10.1080/24735132.2018.1436304>
31. Babalola O, Gormez V, Alwan NA, Johnstone P, Sampson S. Length of hospitalisation for people with severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 1. Art. No.: CD000384.
32. Vorstenbosch E. Castelletti L. Exploring Needs and Quality of Life of Forensic Psychiatric Inpatients in the Reformed Italian System, Implications for Care and Safety. *Front Psychiatry.* 2020 Apr 3;11:258.
33. Latorre, S. Spaccavento, A. Papazacharias, F. Grassi, M. Cantacessi, F. De Dominicis, et al. Risk evaluation of relapse into violent crime in offenders with mental disorders in two different rehabilitation programs: a case-control study *Clin Ter* 2021; 172 (5):438-441.
34. Barbui et al. Forty years without mental hospitals in Italy. *Int J Ment Health Syst* (2018) 12:43.
35. Duncan E , Nicol M, Ager A, Dalglish L. A systematic review of structured group interventions with mentally disordered offenders. *Crim Behav Ment Health.* 2006;16 (4):217-41.
36. Connell C, Seppänen A, Scarpa F, GosekP, Heitzman J, Furtado V. External factors influencing length of stay in forensic services: A European evaluation. *Psychiatr. Pol.* 2019; 53(3): 673–689 (En línea – consulta febrero 2023) disponible en: www.psychiatriapolska.pl
37. Latorre V. Spaccavento S, Papazacharias A, Grassi F, Cantacessi M, De Dominicis F, et al. Risk evaluation of relapse into violent crime in offenders with mental disorders in two different rehabilitation programs: a case-control study. *Clin Ter* 2021; 172 (5):438-441. doi: 10.7417/CT.2021.2355
38. Schel SHH,*, Bouman YHA, Bulten BH. Quality of Life in Long-Term Forensic Psychiatric Care: Comparison of Self-Report and Proxy Assessments. *Archives of Psychiatric Nursing* 29

(2015) 162–167 (En línea consultado mayo 2023 disponible en: <https://isiarticles.com/bundles/Article/pre/pdf/60119.pdf>)

39. Shepherd, A., Doyle, M., Sanders, C., Shaw, J. Personal recovery within forensic settings - Systematic review and meta-synthesis of qualitative methods studies (Review). *Criminal Behaviour and Mental Health* February 2016. Volume 26, Issue 1, 1, Pages 59-75.
40. Lamb H. R, Weinberger L E., Rediscovering the Concept of Asylum for Persons with Serious Mental Illness. *Journal of the American Aca-*

demy of Psychiatry and the Law Online March 2016, 44 (1) 106-110.

41. Secretaria General de IIPP. 2021.Documento Interno.
42. D’Orta et al. Prison inmates with court-ordered treatments: are they really different? *Annals of General Psychiatry* 2022. 21:6.
43. Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. Boe núm 222.

- Recibido: 24/05/2023.
- Aceptado: 12/06/2023.