

ENFERMEDAD MENTAL Y HOMICIDIO: IMPORTANCIA DE LA VALORACIÓN DEL RIESGO

Fructuoso Castellar A*, López López A**, Barrios Flores LF**
Complejo Asistencial Universitario de Palencia*, Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Fontcalent** Mail: afrucas@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La evolución del tratamiento penal del delito y del delincuente ha sufrido a lo largo del tiempo una transformación en la forma y el contenido, con un progresivo desplazamiento al concepto de pena como medio de rehabilitación social del delincuente más que a un objetivo sancionador exclusivo y de disuasión social. La respuesta social ante el enfermo mental que comete una acción delictiva está teñida de una serie de prejuicios que determinan un factor asociado de rechazo a la condición de enfermo mental. Nos encontramos ante el concepto de peligrosidad potencial mal utilizado en algunas leyes, afortunadamente derogadas, donde la confrontación de una defensa social frente a un supuesto estado peligroso se concretaban en normas que vulneraban derechos fundamentales. Los síntomas psicóticos afectan aproximadamente al 0,4% de pacientes diagnosticados de depresión mayor. En estos pacientes, las conductas auto y heteroagresivas se dan con mayor frecuencia. Existe un porcentaje elevado de crímenes cometidos por personas con síntomas psicóticos, de ahí la importancia de detectar y tratar los signos de psicosis que advierten sobre actos violentos.

RELACIÓN ENTRE COMPORTAMIENTO VIOLENTO Y TRASTORNOS MENTALES

El potencial de violencia que ha sido atribuido a las personas con enfermedad mental ha causado considerable controversia en las últimas décadas. Hasta los años 80 la opinión general era que el tener una enfermedad mental no incrementaba el riesgo de comportamiento violento comparándolo con la población general. Estudios realizados en los últimos años, especialmente procedentes de Escandinavia y Canadá, aceptan que las personas con esquizofrenia, al menos un pequeño subgrupo, tienen mayor probabilidad de ser violentos que la población general.

Volavka estima que el 20% de los pacientes con esquizofrenia han realizado alguna agresión en el pasado. Monahan y Applebaum como parte del *Estudio de Valoración del Riesgo MacArthur*, medían el riesgo de violencia cada 10 semanas durante 1 año a personas con diferentes diagnósticos de enfermedad mental después de un ingreso psiquiátrico. Del 17% de pacientes con esquizofrenia, el 9% tenían comportamientos violentos en las primeras semanas tras el alta. Estos datos contrastaban con el 19% de los pacientes con depresión, el 15% en los pacientes con trastorno bipolar, el 29% en los consumidores de tóxicos o el 25% en los pacientes con trastornos de la personalidad. Lindvist y posteriormente Steadman sugieren que el consumo de tóxicos es el responsable del incremento de la conducta violenta en las personas diagnosticadas de esquizofrenia. Entre los estudios destacamos el de Swanson (10.059 pacientes de la muestra *Epidemiologic Catchment Area-ECA*) donde examina la relación existente entre violencia y trastorno psiquiátrico. El 8% de los pacientes con esquizofrenia presentaban comportamiento violento comparado con el 2% de la población general. El porcentaje se incrementaba al 30% cuando existía comorbilidad con abuso de sustancias.

Otro grupo de estudios son los de cohortes de nacimientos seguidos a lo largo de años, que muestran una mayor probabilidad de comportamiento violento en personas con trastorno mental. Las tasas estimadas de homicidios en población general se sitúa en un 13,6 por 100.000 habitantes y un 4 por 100.000 en mujeres. En estudios realizados con muestras de homicidas (Schanda 2004, Wallace 1998, Eronen 1996, la prevalencia encontrada de enfermedad mental oscila entre el 5% y el 9%. Entre la población penitenciaria, según las revisiones de Fazell y de Andersen referente a estudios publicados en muestras penitenciarias, hallan una prevalencia de 2 a 3 veces mayor de enfermedad mental que la población general. Todos estos datos asocian los comportamientos delictivos con la enfermedad mental

	Delitos Violentos %	Delitos No violentos %	Total %
Diagnóstico Eje I			
- Tr. Psicóticos	44.3	44.5	45.1
Tipología Tr. Psicóticos			
- Esquizofrenia	53.1	49.2	50.0
- Tr. Delirante	23.4	14.7	19.0
- Tr. Psicótico No Especificado	14.8	29.5	23.0
- Tr. Psicótico Breve	4.2	4.9	5.0
- Psicosis Tóxica	4.2	1.6	3.0
- Tr. Estado Ánimo	10.4	14.6	12.7
- Tr. Bipolar	10.4	4.4	7.0
- Otros	6.6	8.0	6.5
- Sin diagnóstico	28.3	28.5	28.4
- Antecedentes de consumo de tóxicos	39.0	46.0	43.0
Diagnóstico Eje II			
Retraso Mental	10.4	11.6	11.1
Sin diagnóstico TP	58.5	59.1	58.8
Tr. Personalidad			
- Cluster A	11.4	10.9	11.1
- Cluster B	52.3	45.5	48.5
- Cluster C	4.5	0.0	2.0
- TP No especificado	31.8	43.6	38.4

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso clínico de una paciente de 75 años de edad, sin antecedentes penales, que ingresa en este centro por homicidio frustrado en la figura de su pareja con quien se encontraba de vacaciones.

La paciente, natural de Inglaterra, realizaba seguimiento ambulatorio por deterioro cognitivo en el contexto de un cuadro ansioso-depresivo en su país de origen. Hasta el momento de los hechos, la paciente no había presentado conductas heteroagresivas.

Durante la evolución psicobiográfica de la paciente, nunca se constató la existencia de síntomas psicóticos. Sin embargo, tras el episodio de agresión a su pareja, los informes psiquiátricos y forenses concluyeron en la existencia de una ideación delirante de tipo celotípico en probable relación con el abandono del tratamiento habitual de la paciente.



• Desde el punto de vista legal, se considera en estos casos, la eximente completa o incompleta, por lo que su imputabilidad se vería disminuida.

• El traslado de pacientes mentales a sus países de origen a fin de cumplir la medida de seguridad (privativa o no privativa de libertad) impuesta por tribunales españoles, es factible al amparo del Convenio del Consejo de Europa de 1987 y de las Decisiones Marco de la Unión Europea 909 y 947 de 2008.

• Para otros países, fuera del ámbito europeo, son de aplicación, en su caso, los Tratados y Convenios bilaterales vigentes.

PREVENCIÓN DE RIESGO

- La reducción y prevención de la violencia no es una tarea exclusiva de la intervención jurídico-penal y requiere a otros profesionales, como los profesionales de la salud mental, para una participación especializada en campos como la evaluación de la peligrosidad y el control de la reincidencia violenta.
- Los últimos avances en la prevención de la violencia han propuesto sustituir la evaluación de la peligrosidad por la valoración del riesgo de violencia. Esta tecnología tiene una mayor capacidad predictiva del comportamiento violento futuro.



- Algunos de los instrumentos de evaluación más empleados en la actualidad para realizar la prevención del riesgo son: la escala VRAG, la PCL-R, el HCR-20, el SVR-20, la SARA, el EPV y el SAVRY.
- Las escalas de predicción permiten realizar valoraciones rápidas, en donde la toma de decisiones es urgente, y son de utilidad para la policía, los jueces o el personal que trabaja en un entorno forense, penitenciario o en las Oficinas de Atención a las Víctimas.
- No es su objetivo sustituir a los dictámenes periciales (que suelen tener lugar en un momento más tardío) de los psicólogos o psiquiatras forenses, en donde se debe hacer un estudio psicopatológico de los agresores o del daño psicológico en el caso de las víctimas.

CONCLUSIONES

- Señalamos la importancia de las revisiones periódicas que permitan intervenciones en crisis en el caso de una recaída de la sintomatología previa, así como, del diagnóstico precoz de sintomatología psicótica u otras alteraciones relacionadas con el riesgo de conducta violenta en pacientes con buen ajuste premórbido previo al crimen.
- En pacientes sin antecedentes previos de conducta violenta, la valoración del riesgo, sería una tarea compleja, al igual que la prevención, por lo que, debe prestarse una especial atención a la evolución de las alteraciones psicopatológicas e incorporar instrumentos específicos de evaluación y predicción de conductas violentas.
- Facilitar la detección de dichas conductas puede pasar no sólo por el control de la sintomatología y la monitorización terapéutica de estos pacientes, sino también, por la adopción de medidas legales que favorezcan el curso evolutivo benigno de la enfermedad. En el caso de esta paciente, el traslado a su país de origen podría suponer un menor índice de recaídas y una disminución del riesgo de recidiva.

Referencias :

- 1.- *El cumplimiento de la medicación y las implicaciones clínicas a largo plazo en la esquizofrenia en el ámbito penitenciario; E Vicens*
- 2.- *Violencia y enfermedad mental E Vicens; San Joan de Deu. Area de Psiquiatria Penitenciaria. Generalitat de Catalunya. I, V Tort 2*