

La atención psiquiátrica en las medidas de seguridad: Recursos y gestión clínica.

Dr. Enric Vicens Pons

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

Ponencia presentada en el Congreso de Psiquiatría Legal (Almagro, octubre 2003)

Recursos psiquiátricos en las medidas de seguridad

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

Pero todo esto que se está produciendo en la psiquiatría civil no ha ido en paralelo a la psiquiatría penal pues la gestión clínica de las llamadas medidas de seguridad privativas de libertad se ha centrado en unidades asilares con poco o nulo margen de maniobra.

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

Los recursos de la red psiquiátrica de Catalunya donde pueden tratar las personas sujetas a medidas de seguridad son:

1. Medidas privativas de libertad:
 - a. Unidades de Internamiento Penitenciario:
 1. Enfermerías psiquiátricas
 2. Unidad Polivalente Quatre Camins (Hospital de Día, Centro de Día)
 3. Unidad Hospitalaria Psiquiátrica Penitenciaria de Catalunya (UHPP)
 4. Hospital Penitenciario de Terrassa.
 - b. Unidades de Internamiento Civil (Subagudos, Alta Dependencia Psiquiátrica)
2. Medidas sustitutivas, no privativas de libertad:
 - Red psiquiátrica ambulatoria (CSM, Hospital de Día)

- Red de rehabilitación comunitaria (Centro de día, Unidades polivalentes, Programas TMS.....)

Aunque sea brevemente explicaré algún detalle de estas unidades:

Unidad Polivalente Psiquiátrica Penitenciaria

Añadido a la detección de patología mental de la población reclusa es interesante la oferta de servicios especializados que se dan como el programa de hospital de día y de centro de día.

Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Penitenciaria de Catalunya (UHPP)

Esta Unidad está dividida en cuatro clínicas, cuales son:

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

A la Unidad de Hospitalización pueden ingresar aquellas personas que padezcan enfermedad mental independientemente de su situación judicial (medidas de seguridad, preventivos, penados....)

Además se da asistencia de urgencias de 24 horas por médico psiquiatra

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

Las medidas de seguridad

El Código Penal en su Art 95 señala:

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

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

El ámbito de aplicación de la medida de seguridad (Art. 20 del CP) son los sujetos inimputables o semiimputables relacionados con:

1. Anomalía o alteración psíquica:
2. Tóxicos: Intoxicación plena por ingestión de bebidas alcohólicas, drogas, estupefacientes...
3. Alteraciones en la percepción

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

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

La primera cuestión que se plantea es que el Código Penal lógicamente no especifica cual es el recurso más adecuado para proceder al internamiento. Veámos antes las distintas posibilidades de recursos por lo que aquí aparece el primer dilema con el que se enfrenta el Juez:

En tanto medida penal → Centro psiquiátrico penitenciario (centro penitenciario psiquiátrico)????

En tanto tratamiento → Centro psiquiátrico civil ¿??

Se desprende que la naturaleza de una medida de seguridad es eminentemente asistencial y desempeña una finalidad esencialmente preventiva: se orienta a la evitación de futuros delitos, lo cual se pretende conseguir mediante la aplicación de un tratamiento asistencial adecuado a la persona que ha cometido un hecho delictivo.

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

Gestión clínica en enfermo mental en el ámbito penal

La gestión clínica empieza desde el momento en que la persona entra en el sistema penal. El circuito que sigue es:

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

Durante la instrucción (preventivo)

Es la puerta de entrada al sistema penal y podríamos denominarlo como el primer filtro. El Juez Instructor se basa en informes clínicos, asesoramiento médico forense para tomar la primera decisión:

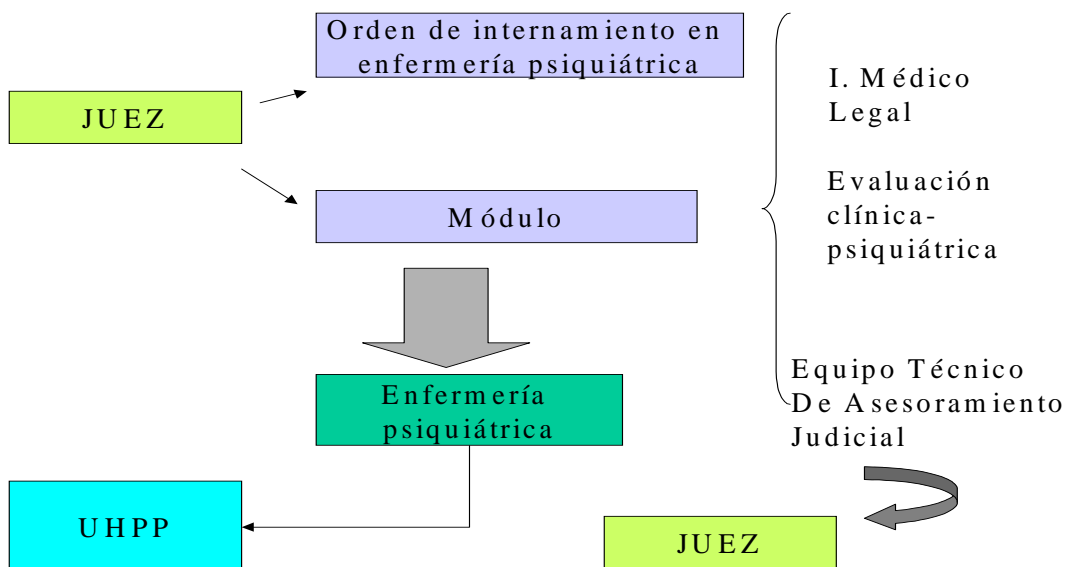
1. Módulo penitenciario.
2. Enfermería psiquiátrica penitenciaria.
3. Unidad de Agudos hospital psiquiátrico civil.

La orden de internamiento es para observación y/o tratamiento con unos objetivos:

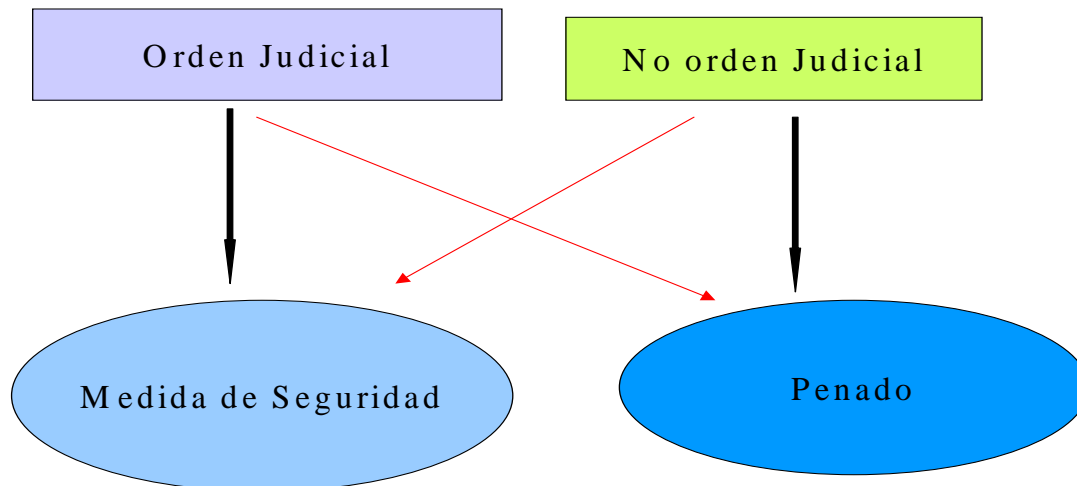
- Diagnóstico psiquiátrico
- Estabilidad psicopatológica

En esta fase del proceso se va a decidir la relación futura entre el imputado y la psiquiatría por lo que es imprescindible el diálogo entre el equipo de Psiquiatría forense (En Catalunya Institut de Mèdic-Legal i Forense), el equipo de psiquiatría clínico y el equipo Técnico de Asesoramiento Judicial.

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



Este primer proceso finaliza en el momento en que se emite la sentencia. La sentencia se emite tras la celebración de un juicio que no se puede celebrar si la persona imputada no está en condiciones mentales de comprender el mismo.



El enfermo mental en la medida de seguridad

Queda recogida la filosofía asistencial de la medida de seguridad por lo que implica una gestión clínica que va desde el internamiento al tratamiento ambulatorio. Establece un itinerario que debe de consignarse siguiendo criterios clínicos que englobe:

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

Así pues la gestión debe de atender una serie de variables amplias que permitan definir el tipo de intervención y de seguimiento en cada uno de los recursos que puedan intervenir.

La variabilidad de los trastornos mentales y de su evolución hace que la necesidad del recurso también vaya cambiando. Es claro en el caso de las llamadas psicosis tóxicas o en el trastorno afectivo uni y bipolar. La necesidad de un recurso de mayor intensidad podrá cambiar a uno de menor intensidad:

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

Aunque eso mismo puede ocurrir con ciertos trastornos mentales considerados “severos o graves” la necesidad de rehabilitación se hará más patente. En este sentido el diseño de programas de rehabilitación en la psiquiatría penal se hace imprescindible. Programas encaminados a trabajar la autonomía responsable: programa individualizado de tratamiento marcando objetivos y temporalidad (PIR), psicoeducativos.....

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

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

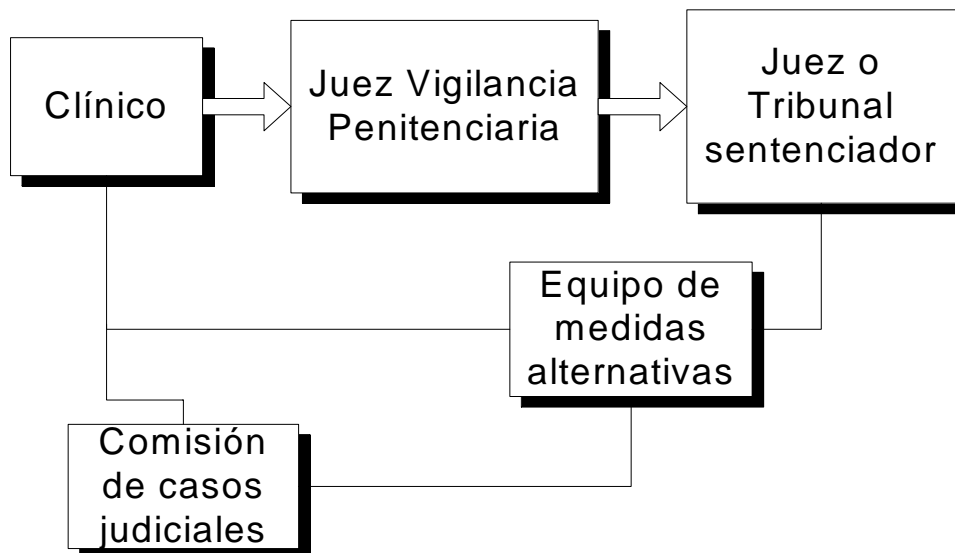
Es el clínico quien debe de informar al Juez de Vigilancia Penitenciaria cada 6 meses de la evaluación psicopatológica y funcional del sujeto con medida de seguridad. Debe de proponer:

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

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

Para garantizarlo la integración y la coordinación entre los recursos psiquiátricos en su conjunto (penales y civiles) es esencial para planificar una estrategia compartida entre el recurso actual y el futuro: Unidad psiquiátrica penitenciaria a unidad psiquiátrica civil, a centro de salud mental, unidad polivalente.....

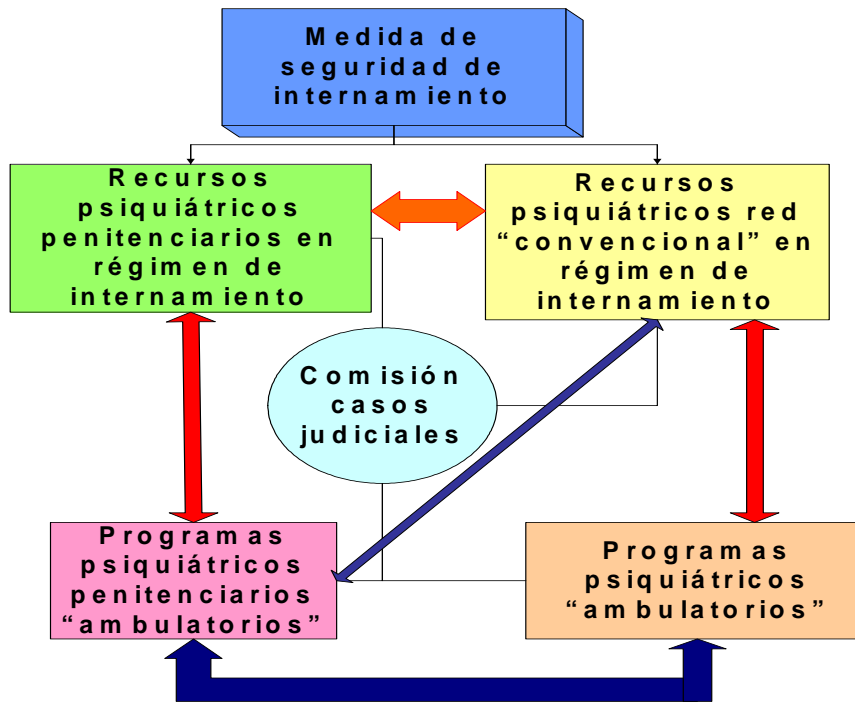
Dada la complejidad de mucho de los casos la gestión la consideramos tan importante que debería pasar por un referente tipo “case-management”. En Catalunya la existencia de los llamados PSI (Plan de Seguimiento Individualizado) podrían ser un buen referente ciertos casos.



Considero muy útil el trabajo del equipo de medidas penales alternativas con la presencia de sus delegados que facilitan la relación entre el equipo clínico y el sistema judicial.

Así mismo la constitución de la comisión de casos judiciales con la presencia de miembros del equipo de psiquiatría penitenciaria, del equipo de psiquiatría civil y del propio equipo de medidas alternativas permite la discusión de casos de especial

complejidad, consensuar planes de tratamiento, e ir definiendo progresivamente cuál es el perfil de pacientes que son más tributarios de un recurso psiquiátrico civil o penal.



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

El enfermo mental no considerado medida de seguridad

En este caso el enfermo mental es considerado penado y con una gestión "penitenciaria". Si la persona presenta una enfermedad mental la gestión a nuestro entender no debería de diferir para nada de la anterior más en casos donde la enfermedad mental sea grave y persistente. La finalidad de asistencia en aras de perseguir la rehabilitación del paciente es esencial.

En estos casos hay que considerar la enfermedad sobrevenida definida en el art 60 del Código Penal:

"Cuando, después de pronunciada sentencia firme, se aprecie en el penado una situación duradera de trastorno mental grave que le impida conocer el sentido de la pena, se suspenderá la ejecución de la pena privativa de libertad que se le haya impuesto garantizando el Juez o Tribunal que aquél reciba la asistencia médica precisa".

El clínico no puede perder de vista el objetivo terapéutico ya que el artículo no es la solución al caso; sólo es un instrumento dentro de su gestión.

Caso especial de las enfermerías psiquiátricas

Las enfermerías psiquiátricas (con poca definición) ubicadas en pleno centro penitenciario nadan entre las aguas sanitarias de los profesionales sanitarios y las regimentalistas del medio penitenciario donde habitan.

A modo de ejemplo quisiera plasmar los *critérios de inclusión* existentes:

1. Sospecha de enfermedad mental identificada por el sistema judicial o médico del centro penitenciario.
2. Internamiento judicial en aplicación a orden judicial o medida de seguridad de internamiento psiquiátrico.
3. Necesidad de una mayor monitorización de determinadas conductas relacionadas con patología mental.
4. Trabajar determinados objetivos de rehabilitación siguiendo el plan de tratamiento o de rehabilitación del paciente

Criterios de exclusión:

1. Trastornos por consumo de sustancias sin otra clínica que la derivada de la toxicomanía (no son unidades de desintoxicación ni deshabitación)
2. Trastornos de personalidad sin descompensación psiquiátrica clara
3. Retraso mental sin patología psiquiátrica añadida
4. Trastornos comportamentales sin relación con patología psiquiátrica
5. Patología psiquiátrica con descompensación aguda que requiera monitorización y que suponga elevado riesgo para la propia persona o a terceros

Conclusiones

1. Es necesario que exista una diversidad de recursos psiquiátricos (de mayor a menor grado de seguridad) que dé respuesta a las personas enfermas mentales que cometan delito.
2. Estos recursos deben de estar integrados a la red psiquiátrica general.
3. La gestión de la medida de seguridad debe de iniciarse antes de que se confirme la medida.
4. La comisión de casos judiciales es un instrumento a considerar para la adjudicación y evaluación de los casos más complejos.
5. La evaluación continuada de la medida de seguridad por parte del clínico debe de permitir que la persona enferma reciba el tratamiento más adecuado en cada momento.
6. La relación entre el equipo clínico y el judicial debe de ser fluida y de colaboración.

7. La gestión de la medida de seguridad debe prolongarse más allá de la medida para garantizar una adecuada continuidad asistencial: aunque finalice la medida no finaliza la necesidad de tratamiento.
8. Debe considerarse que el enfermo mental encarcelado y sin medida de seguridad tiene las mismas necesidades de gestión clínica.