Violencia y enfermedad mental

E Vicens

San Joan de Deu. Area de Psiquiatria Penitenciaria. Generalitat de Catalunya.

RESUMEN

En este trabajo se exponen resultados de tres años de trabajo en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Catalunya. Se analiza la relación entre el trastorno mental y la comisión de delitos violentos revisando un total de 243 pacientes. Se reflexiona sobre la relación entre delito, violencia, trastorno mental y suicidio. Se plantean posibles estrategias de prevención.

Palabras clave: Hospital Psiquiatrico, Suicidio, Prisión

VIOLENCE AND MENTAL ILLNESS

ABSTRACT

This study describes the results of three years work at the Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Catalunya. The relationship between mental disorder and acts of violence in a sample of 243 patients is analysed. The relationships between crime, violence, mental disorder and suicide are considered. Possible prevention strategies are proposed.

Key Words: Hospital Psychiatric, Suicide, Prison

Texto recibido: junio de 2006

Texto aceptado: octubre de 2006

INTRODUCCIÓN

No hay país ni comunidad a salvo de la violencia. Nos la encontramos diariamente en los medios de comunicación, en las calles, en los hogares, en las escuelas, en los lugares de trabajo, en las instituciones. Cada año, más de 1,6 millones de personas en todo el mundo pierden la vida violentamente. Según datos de la OMS la violencia es una de las principales causas de muerte en la población de edad comprendida entre los 15 y 44 años, y la responsable del 14% de las defunciones en la población masculina y del 7% en la femenina, aproximadamente. La violencia es considerada a menudo como un componente ineludible de la condición humana, una realidad ante la que hemos de reaccionar en lugar de prevenirla. Estos supuestos han ido cambiando hasta el punto que en la 49ª Asamblea Mundial de la Salud se declara la violencia como un importante problema de salud pública en todo el mundo e insta a los Estados Miembros a que evalúen el problema de la violencia en sus territorios así como que se emprendan actividades de salud pública para abordar el problema de la violencia.

En cuanto a definiciones la Organización Mundial de la Salud define a la violencia como “el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”. Podrían entenderse que el acto violento queda definido por las consecuencias de el propio acto. Interesa la aportación realizada por el grupo canadiense (Webster, Douglas...) que define a la violencia como “el comportamiento que puede causar daño a los demás, generar miedo a otras personas”.

Para comprender el fenómeno de la violencia podemos analizar los factores que influyen en el comportamiento y que pueden aumentar el riesgo de cometer o padecer actos violentos. No existe un único factor que explique por qué una persona se comporta de manera violenta y otra no lo hace. Es un complejo, entramado de factores biológicos, sociales, culturales, económicos, políticos.

Siguiendo a la OMS los factores quedan divididos en cuatro niveles:

- Factores biológicos y de la historia personal: características personales (edad, género), sociodemográficas (educación, nivel económico), trastornos mentales, de personalidad, consumo de tóxicos y antecedentes de comportamientos agresivos o de haber sufrido maltrato. Como señala el Prof Andrés Pueyo existen factores individuales que modulan los comportamientos violentos.
- El segundo nivel se abordan las relaciones más cercanas, como las mantenidas con familia, amigos, pareja, compañeros y se investiga como aumentan éstas el riesgo de sufrir o perpetrar actos violentos.
- El tercer nivel se exploran los contextos comunitarios en los que se desarrollan las relaciones sociales, como las escuelas, lugares de trabajo y el vecindario y se intenta identificar las características de estos ámbitos que aumentan el riesgo. Las instituciones penitenciarias se ubicarían en este nivel. Indudablemente los factores sociales pueden jugar un papel modulador en el desarrollo humano y en la facilitación o inhibición de las manifestaciones violentas.
- El cuarto nivel situaríamos como los factores de carácter general relativos a la estructura de la sociedad contribuyen a crear un clima en el que se alienta o inhibe la violencia. Ejemplos de este nivel serían la posibilidad de conseguir armas y las normas sociales y culturales

En esta ponencia revisaremos el estado actual de la relación entre el comportamiento violento y los trastornos mentales, analizaremos datos acumulados de nuestra experiencia en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Catalunya, resumiremos la evidencia de los suicidios y los factores relacionados en el entorno penitenciario para acabar hablando de la importancia de evaluar-predecir y gestionar el riesgo en nuestros internos.

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.

Volavka¹ estima que el 20% de los pacientes con esquizofrenia han realizado alguna agresión en el pasado. Monahan y Applebaum² como parte del Estudio de Valoración del Riesgo MacArthur medían riesgo de violencia cada 10 semanas durante 1 año a personas con diferentes diagnósticos de enfermedad mental después de un internamiento 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. Lindvist³ y posteriormente Steadman⁴ 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 Swanson⁵ (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 años⁶⁻⁸, que muestran una mayor probabilidad de comportamiento violento en personas con trastorno mental y en los trastornos relacionados con la enfermedad esquizofrénica.

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 homicidas⁹⁻¹¹ (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 Fazel^{12,13} y de Andersen¹⁴, referente a estudios publicados en muestras penitenciarias, hallan una prevalencia de 2 a 3 veces mayor de enfermedad mental que la población general. Estos datos asocian los comportamientos delictivos con la enfermedad mental.

Nuestra experiencia

Los tres años de trabajo en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Catalunya nos ha permitido disponer de datos sobre el perfil de pacientes que han ingresado en este período de tiempo. Recientemente en un estudio, pendiente de publicación realizado por Escuder, G, Gomollon L; Vicens E. se analiza la relación entre el trastorno mental y la comisión de delitos violentos revisando un total de 243 pacientes. Decir que una particularidad de la Unidad es que la ad-

misión sigue criterios clínicos y no judiciales lo que supone el ingreso de diferentes modalidades judiciales (preventivos, medidas de seguridad y penados).

De los resultados destacamos que un 44% de la muestra analizada han cometido un delito considerado violento, con la presencia de un 20% de personas que han cometido homicidio, en comparación con el 56% que han cometido delitos como robos, desórdenes públicos, contra la salud pública... Según datos del Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada

(CEJFE), en la población penitenciaria, un 7,1% de los internos han cometido un delito incluido en la categoría de delito contra las personas, homicidio y/o lesiones. Por el contrario de lo que cabría esperar no hallamos diferencias clínicas relacionadas con el tipo de diagnóstico. La siguiente Tabla describe los diferentes diagnósticos según el tipo de delito y muestra como ejemplo el trastorno esquizofrénico está presente en el grupo de delitos violentos en un 53% y en un 49% en el grupo de no violentos:

	Delitos Violentos %	Delitos No violentos %	Total %
Diagnóstico Eje I (n=243)			
- Tr. Psicóticos	44.3	44.5	45.1
Tipología Tr.Psicóticos (n=105):			
- 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 (n=243)			
Retraso Mental	10.4	11.6	11.1
Sin diagnóstico TP	58.5	59.1	58.8
Tr. Personalidad (n=99):			
- 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

Promovido por el grupo de salud mental de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria se está llevando a cabo una investigación de corte epidemiológico donde se estudia la prevalencia de trastorno mental en la población penitenciaria. La muestra aleatorizada de 750 internos de 3 Comunidades Autónomas pretende conocer datos sociodemográficos, clínicos, de tipología delictiva y utilización de servicios sanitarios, judiciales, penitenciario. Entrevistadores previamente formados utilizan la SCID, TONI II, IPDE para la evaluación de datos clínicos (diagnósticos eje I, eje II), la calidad de vida y el "clima social" evaluado mediante la escala EuroQol y CIES y una

entrevista estructurada para la utilización de servicios completa la evaluación. El plan es que en menos de un año tengamos los primeros resultados del estudio.

Suicidio y factores relacionados en medio penitenciario

Se calcula que en el año 2000 se suicidaron en el mundo 815.000 personas, es decir una cada 40 segundos, convirtiendo al suicidio en la decimotercera causa de muerte en el mundo. En una publicación reciente americana¹⁵ el suicidio es la tercera causa de muerte en prisiones americanas y la segunda en centros de detenidos.

Las tasas estimadas de suicidio, en población general son de 18,9 por 100.000 habitantes en hombres y un 10,6 en mujeres. En España las cifras descienden a unas tasas del 7-8 por 100.000 habitantes mayor en población joven y de sexo masculino.

Revisiones publicadas en Reino Unido hablan del incremento en el número de suicidios consumados en los últimos años, concretamente un 5,5% al año desde 1989 llegando a alcanzar cifras de 140 suicidios por 100.000 personas en 1999 en una población de 64.800 presos. En nuestro país la tasa de suicidios en la cárceles era de 49 suicidios por 100.000 en el 2002 incrementándose a 78 por 100.000 internos en el 2004.

De entre los factores clínicos el consumo de drogas como diagnóstico primario o secundario a otros trastornos mentales, trastorno de personalidad, trastorno psicótico y afectivos son los diagnósticos más prevalentes entre la población suicida. Desesperanza, cambios en el estado emocional se correlaciona directamente con el comportamiento suicida. A destacar que tanto el trastorno antisocial de la personalidad como el límite, muy prevalentes en entornos penitenciarios, se relacionan con comportamiento suicida.

No escapa a nadie que la cárcel por si misma ejerce un papel estresor ambiental, situacional de impacto para el preso. En un reciente estudio publicado este mismo año en la revista *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law* el Dr. Anasseril E. analiza que variables son las que intervienen como factores de riesgo para el suicidio en la cárcel. A partir de ellas establece las estrategias preventivas. De entre los estresores "institucionales" la baja adaptación a la unidad de destino, aislamiento disciplinario, conflictos interpersonales, juicios pendientes, regresiones en la libertad condicional, enfermedades médicas crónicas pueden actuar como factores precipitantes de suicidio. Los estresores institucionales pueden actuar de forma aguda mientras que las condiciones médicas individuales como estresores crónicos. Las pérdidas suponen otro factor de riesgo para comportamientos suicidas: separación, divorcio o muerte de un ser querido. La culpa, la vergüenza, el estigma es más determinante que el propio acto violento en el caso de crimen de sangre. La incapacidad para la comunicación debido a barreras idiomáticas o las dificultades de aprendizaje son otro de los factores asociados.

Si revisamos los factores institucionales encontramos que las primeras 24-48 de detención y los 30 primeros días cuando la persona ingresa en la cárcel es el momento más crítico sobretodo en aquellos internos con historia de intentos de suicidio previos. La mayoría de los suicidios ocurren en unidades de máxima seguridad y en celdas individuales o aislamiento. Llama la atención las bajas tasas de suicidio de las unidades especiales de tratamiento para adictos y agresores

sexuales en contraste con las muy elevadas de los hospitales donde ingresan personas que han cometido crímenes horribles y en hospitales de supermáxima seguridad. Verano y la noche es el período de tiempo de mayor riesgo.

Sobre el 80% de los suicidios se cometen por ahorcamiento. Recordar que sólo 2 Kg de presión es suficiente para que no llegue sangre al cerebro y la muerte por asfixia llegue transcurridos 5-7 minutos.

Como resumen podemos decir que sufrir de algún trastorno mental, estado psicopatológico de depresión y desesperanza, intentos de suicidio previos con un estresor psicosocial reciente actúa de precipitante al acto suicida. A las variables anteriores cabría añadir el ser hombre joven, haber estado ingresado en una cárcel de máxima seguridad, ubicado en celda individual.

Las estrategias preventivas pasan por incorporar aspectos de identificación, valoración, evaluación, intervención preventiva, entrenamiento de todo el cuerpo médico, de salud mental y personal de vigilancia. La identificación debe de iniciarse desde el mismo momento del ingreso. Instrumentos como la Escala de Riesgo Suicida de Plutchick indicando la severidad del potencial suicida pueden ser de gran utilidad. La valoración de las causas que motivan el pensamiento suicida entre las que se encuentran trastornos mentales (entre ellos los trastornos adaptativos) son de gran trascendencia. La intervención debe de pasar por la implicación de todo el personal garantizando el tratamiento médico cuando sea necesario, la derivación a los equipos especializados así como la monitorización constante del personal. Para ello la formación en los síntomas de alarma y la gestión de los factores de riesgo deben permitir reducir las tasas de suicidio. Anasseril hace constar que cerca del 30% de los internos que cometen suicidio no sufren trastorno mental y no se identifican señales de alarma lo que hace plantear las limitaciones existentes.

Predicción de la violencia

Veámos al inicio el entramado de factores de diferentes niveles que influían en la conducta violenta. Estos factores actúan, en general, conjuntamente lo que dificulta dar una solución sencilla o única, el abordaje de la conducta violenta debe abordarse desde diferentes niveles y desde múltiples sectores de la sociedad.

Predecir la violencia no es tarea sencilla si bien vemos como ciertas condiciones pueden ayudar a hacer estimaciones del riesgo de comportamientos violentos. En los últimos años se han desarrollado instrumentos que son de gran utilidad para evaluar el riesgo de comportamiento violento en un sujeto. Incorporar dichos instrumentos en la cultura de trabajo de profesionales que atiendan a grupos poblacionales más expuestos al

comportamiento violento como es el caso de enfermos mentales, presos... pueden ser de gran ayuda.

De entre ellos destacó

- PCL-R de Hare que siguiendo los criterios de la psicopatía de Cleckley predice factores relacionados con la misma. Por tanto podemos decir que aunque recoge algunos ítems de violencia no es un instrumento que se ideó específicamente para este objetivo
- HCR-20 (adaptada al español por Ed Hilterman y Andrés Pueyo), diseñado para evaluar el riesgo de conductas violentas en personas con trastorno mental o problemas de personalidad y se basa en las informaciones que se recogen en los tres niveles del instrumentos: histórico-biográfico; clínicas y de gestión de riesgo.
- VRAG desarrollado para evaluar el riesgo de comportamiento violento en personas con enfermedad mental, en tratamiento en centros hospitalarios vinculados a instituciones penitenciarias. Es una instrumento útil para predecir violencia reiterada entre pacientes con trastornos mentales, internados o en tratamiento ambulatorio.
- TVR (Tabla de Variables de Riesgo) (Clemente y Núñez, 1993 1997) que la citó ya que fue diseñada a demanda de Instituciones penitenciarias para predecir riesgo de quebrantamiento de permisos de salida de sujetos penados a partir de 18 variables pertenecientes a 4 categorías de factores: persona, actividad delictiva, conducta penitenciaria y permiso.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Volavka J, Laska E, Baker S, Meisner M, Czobor P, Krivelevich I (1997). History of violent behaviour and schizophrenia in different cultures. Analyses based on the WHO study on Determinants of Outcome of Severe Mental Disorders. *Br. J. Psychiatry*, Jul; 171: 9-14.
2. Monahan J, Appelbaum PS (2000). Reducing violence risk: Diagnostically based clues from the MacArthur violence risk assessment study. In S. Hodgins (ed.), *Violence among the mentally ill: Effective treatments and management strategies* (pp. 19-34). Boston: Kluwer Academic Publishers.
3. Lindqvist P, Allebeck P (1990). Schizophrenia and crime. A longitudinal follow-up of 644 schizophrenics in Stockholm. *Br. J. Psychiatry*, Sep; 157: 345-350.
4. Steadman HS, Mulvey EP, Monahan J, Robbins PC, Appelbaum PS, Grisso T, Roth LH, Silver E (1998). Violence by People Discharged From Acute Psychiatric Inpatient Facilities and by Others in the Same Neighborhoods. *Arch Gen Psychiatry*. 55: 393-401.
5. Swanson JW, Swartz MS, Van Dorn RA, Elbogen EB, Wagner HR, Rosenbeck RA, Stroup TS, McEvoy JP, Lieberman JA. A national study of violent behaviour in persons with schizophrenia. *Archives of General Psychiatry* (2006); 63: 490-499.
6. Hodgins S (1992) 'Mental disorder intellectual deficiency and crime: Evidence from a birth cohort', *Archives of General Psychiatry* 49(6): 476-83.
7. Brennan P; Mednick SA; Hodgins S (2000) Major Mental Disorders and Criminal Violence in a Danish Birth Cohort. *Arch Gen Psychiatry*. 57: 494-500
8. Arsenaault L, Moffitt TE, Caspi A, *et al* (2000) Mental disorders and violence in a total birth cohort. Results from the Dunedin study. *Archives of General Psychiatry*, 57, 979-986.
9. Fazel S, Grann M. Psychiatric morbidity among homicide offenders: a Swedish population study. *American Journal of Psychiatry* (2004); 161: 2129-2131.
10. Shaw J, Hunt IM, Flynn S, Meehan J, Robinson J, Bickley H, Parsons R, McCann K, Burns J, Amos T, Kapur N, Appleby L (2006). Rates of mental disorder in people convicted of homicide: National clinical survey. *British Journal of Psychiatry*. 188: 143-147
11. Eronen M, Hakola P, Tiihonen J (1996). Mental disorders and homicidal behavior in Finland. *Arch Gen Psychiatry*. 53: 497-501.
12. Fazel S, Danesh J. Serious mental disorder en 23 000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *The Lancet* (2002) Vol. 359. February 16: 545-550.
13. Fazel S, Grann M. Older criminals: a descriptive study of psychiatrically examined offenders in Sweden. *International Journal of Geriatric Psychiatry* (2002); 17: 907-913.
14. Andersen HS. Mental health in prison populations. A review with special emphasis on a study of Danish prisoners on remand. *Acta Scandinavica. (Suppl.)* (2004). No. 204. Vol 110.
15. Anasseril E. Daniel. Preventing Suicide in Prison: a collaborative responsibility on Administrative, Custodial and Clinical Staff. *J Am Acad Psychiatry Law* 34: 165-75 2006

CORRESPONDENCIA:

E Vicens
San Joan de Deu. Area de Psiquiatria Penitenciaria
Generalitat de Catalunya