Universidad de Alicante **Licenciatura en Criminología**

Asignatura: Psicopatología del comportamiento delictivo (10281)

TEMA 3. ENFERMEDAD MENTAL Y DELITO (I)

ÍNDICE

3.1. INTRODUCCIÓN.

3.2. LOS DELINCUENTES CON GRAVES TRASTORNOS MENTALES.

3.3. EVALUACIÓN DE LAS NECESIDADES DE TRATAMIENTO.

3.4. LA ESQUIZOFRENIA.

3.5. SINTOMATOLOGÍA.

3.6. EL TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA.

3.1. INTRODUCCIÓN

•Es frecuente, para los legos en salud mental, creer que la frontera entre la cordura y la locura es muy nítida y que todo aquel que no sea un "enfermo mental declarado" cuando delinque debería ser enviado directamente a la cárcel.

• Sin embargo, existen muchos casos en los que los límites entre lo que es y no es enfermedad mental son borrosos.

•En este tema nos ocuparemos de aquellos delincuentes que presentan una intensa desconexión con la realidad y en los que su actividad delictiva se ha producido como consecuencia de dicha alteración:

- Los esquizofrénicos (en sus distintas manifestaciones).
- Aquellos que sufren un trastorno bipolar.
- Los que están afectados de trastornos depresivos graves.

3.2. LOS DELINCUENTES CON GRAVES TRASTORNOS MENTALES.

•Son los llamados “enfermos mentales” y popularmente “locos”.

•Jurídicamente lo más significativo es que con frecuencia tienden a ser considerados inimputables. Para ello hay que demostrar que el trastorno mental estaba influyendo sobre la conciencia y voluntad del sujeto en el comento de cometer el delito.

•En estos casos los enfermos son procesados y en lugar de aplicárseles, en su caso, una pena se les impone una medida de seguridad y se les ingresa en un centro asistencial (casi siempre en régimen cerrado) para ser tratados de su trastorno mental.

•Posiblemente el manejo de este tipo de delincuentes, especialmente cuando abandonan el centro penitenciario, después del cumplimiento de la medida de seguridad, necesite un mayor apoyo en medios materiales y humanos.

3.3. EVALUACIÓN DE LAS NECESIDADES DE TRATAMIENTO (I)

- Evaluar delincuentes con trastornos mentales supone integrar 2 tareas:

  - Analizar la peligrosidad del individuo atendiendo al riesgo de reincidencia

    - Estudiando su conducta, afectividad y cogniciones
    - Perfilando una serie de objetivos de tratamiento
    - Revisando periódicamente la administración del programa

  - Valorar el trastorno mental y los problemas asociados para tratarlos

    - Evaluando la intensidad, duración de la sintomatología, grado de afectación, secuelas, deterioro...
    - Analizando las características del individuo y como se relacionan con su conducta violenta

3.3. EVALUACIÓN DE LAS NECESIDADES DE TRATAMIENTO (II)

- Ambas tareas tienen el propósito de establecer un programa de tratamiento individualizado utilizando diferentes fuentes de información:
  - Entrevistas con el sujeto y personas significativas.
  - Administración de pruebas para analizar el funcionamiento cognitivo, afectivo o conductual.
  - Información anterior proveniente del sistema sanitario y judicial.
  - Observación de su conducta en el contexto institucional

Evaluación del riesgo de reincidencia

- Objetivos del proceso
  - Valorar si el sujeto necesita tratamiento para disminuir el riesgo de volver a delinquir
  - Determinara el escenario donde ha de llevarse a cabo la intervención
    - En medio comunitario
    - En medio residencial

3.3. EVALUACIÓN DE LAS NECESIDADES DE TRATAMIENTO (IV)

- Método de evaluación:

Históricamente se han utilizado dos métodos:

  - Juicio clínico: Basado en la predicción formulada a partir de apreciaciones subjetivas provenientes de la experiencia (ojo clínico) del experto.
  - Actuarial: Son escalas que ponderan cuantitativamente los factores de la historia personal y delictiva . (HCR-20; SVR; SARA...)

En criminología actualmente se apuesta por la utilización del método actuarial

- Revisión del riesgo a medida que se va obteniendo nueva información para evitar sesgos y reenfocar objetivos de tratamiento

3.3. EVALUACIÓN DE LAS NECESIDADES DE TRATAMIENTO (V)

Evaluación de las necesidades de tratamiento:

- Las necesidades de tratamiento son de 2 tipos:
  - Las derivadas del trastorno que presenta el sujeto.
  - Las necesidades criminógenas (Los factores asociados a la conducta delictiva).
- Una vez identificadas se deben operativizar como objetivos de tratamiento

3.3. EVALUACIÓN DE LAS NECESIDADES DE TRATAMIENTO (VI)

- Entre los delincuentes con problemas mentales graves suelen aparecer diversos problemas:
  - Déficits neuropsicológicos
  - Errores de procesamiento cognitivo
  - Creencias erróneas o desviadas relacionadas con su delito
- Los tratamientos pueden variar según se busque:
  - Compensar carencias en habilidades sociales.
  - Modificar pautas distorsionadas en la interpretación de hechos.
  - Aliviar al paciente de sufrir delirios y alucinaciones.
  - Reducir o hacer desparecer el abuso de sustancias (posible patología dual o comorbilidad enfermedad mental-consumo de sustancias).

3.3. EVALUACIÓN DE LAS NECESIDADES DE TRATAMIENTO (VII)

• Problemas de frecuente aparición en relación con las necesidades derivadas del trastorno:

- La escasa motivación del paciente.
- Las carencias intelectuales producidas por una historia deprivación sociocultural o por el deterioro que causa la enfermedad.
- El intento de ocultar o falsear la evaluación para obtener beneficios penales.
- La presencia de 2 o más trastornos asociados (esquizofrenia y consumo de drogas; o esquizofrenia y deficiencia intelectual; trastorno de personalidad antisocial o límite y deficiencia intelectual).

3.3. EVALUACIÓN DE LAS NECESIDADES DE TRATAMIENTO (VIII)

- Problemas que dificultan actuar sobre las necesidades criminógenas:
  - Actitudes, creencias y valores que apoyan los actos delictivos.
  - Amigos antisociales y familia inadecuada.
  - Impulsividad y falta de autocontrol.
  - Baja inteligencia verbal y escasa habilidades académicas o profesionales.
  - Falta de habilidades de resolución de problemas.
  - Necesidad de estimulación/ búsqueda de sensaciones.
  - Abuso de sustancias

3.4. LA ESQUIZOFRENIA (I)

¿Qué es la esquizofrenia?

En sus orígenes, los primeros psiquiatras que estudiaron el trastorno querían destacar " ...que el sujeto que la padecía experimentaba una fragmentación de las diferentes funciones mentales (pensamiento, lenguaje, percepción).

Etiología

- Durante muchos años se creyó que el origen del trastorno era psicológico.
- Actualmente se considera que es el resultado de una alteración en funcionamiento y estructura del cerebro debido a la confluencia de factores genéticos y ambientales.

3.4. LA ESQUIZOFRENIA (II)

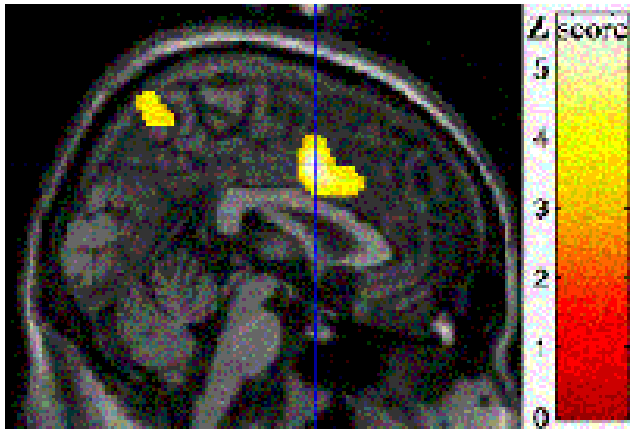
Indicadores diagnósticos

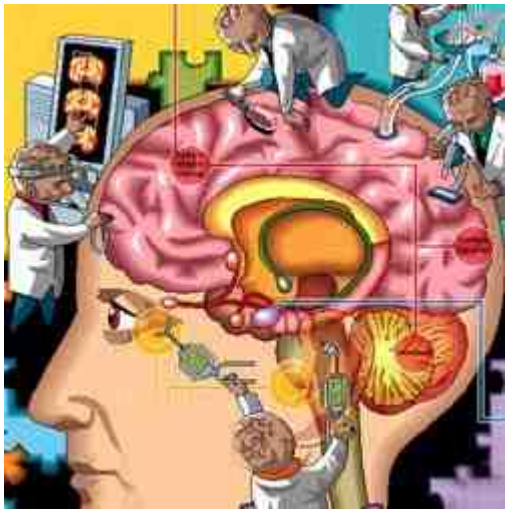
- Fundamentalmente sintomáticos y psicobiográficos.
- Últimamente también biológicos:
  - Hipótesis de la tasa de cerebro ventricular (en esquizofrenia menos tejido cerebral).



3.4. LA ESQUIZOFRENIA (III)

- Hipótesis de la hipofrontalidad (funcionamiento alterado del lóbulo frontal que es donde radica la capacidad para resolver problemas y realizar juicios de realidad.





- Hipótesis de los neurotransmisores (Alteraciones en dopamina y serotonina).

3.5. SINTOMATOLOGÍA (I)

A) Síntomas característicos: Según DSM-IV se han se presentar 2 o más de los siguientes durante una parte significativa de 1 mes:

1) Ideas delirantes
2) Alucinaciones
3) Lenguaje desorganizado
4) Comportamiento catatónico o gravemente desorganizado
5) Síntomas negativos (alogia, abulia, aplanamiento afectivo…)

B) Disfunción social/laboral:

Alteración en el trabajo, relaciones interpersonales o autocuidado

3.5. SINTOMATOLOGÍA (II)

C) Duración: Al menos 6 meses (al menos 1 mes con síntomas del criterio A)

D) Exclusión de trastorno esquizo afectivo o del estado de ánimo

E) Exclusión del consumo de sustancias y enfermedad médica

F) Relación con un trastorno generalizado del desarrollo

3.5. SINTOMATOLOGÍA (III)

Los síntomas de la esquizofrenia se clasifican en 4 grupos:

1. Positivos:
   - Alucinaciones, delirios y desorden del pensamiento

2. Negativos
   - Falta de motivación, asilamiento social, escasa comunicación e indiferencia emocional.

3. Cognitivos
   - Pobre atención y débil memoria a corto plazo (no así a largo plazo)

4. Afectivos
   - Sensación de pérdida de vitalidad y de desmoralización

3.5. SINTOMATOLOGÍA (IV)

Estos síntomas son la consecuencia de la alteración cerebral producida por la enfermedad y responden habitualmente al tratamiento farmacológico.

- Las personas con esquizofrenia no presentan un riesgo de violencia superior a la población general.

- No obstante, algunos estudios (**Torrey,** 1994, 1995; **Taylor** (1993) han encontrado una incidencia creciente de conductas violentas en algunos individuos con esquizofrenia especialmente después de la aparición de la enfermedad.

- Otros estudios (**White y Gage**, 1991) señalan que la asociación entre esquizofrenia y trastorno de personalidad se relaciona con mayores tasas de violencia, especialmente al terminar el periodo de custodia.

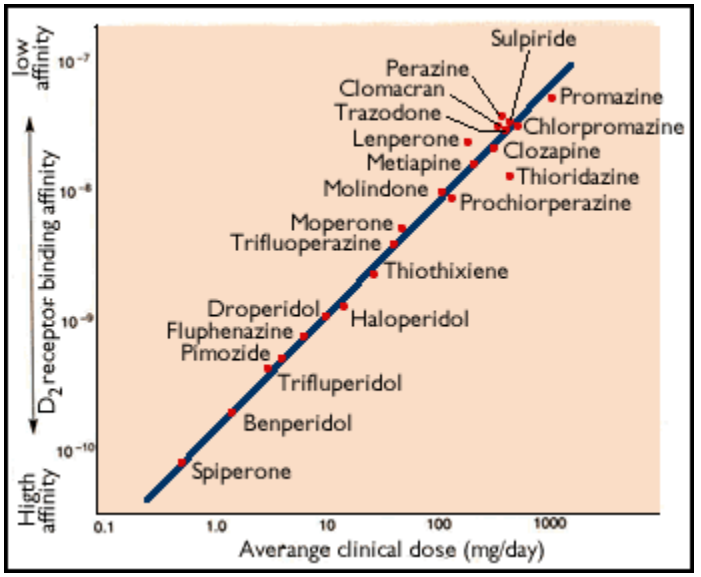
3.5. SINTOMATOLOGÍA (V)

- También se esta estudiando la asociación entre esquizofrenia y abuso de sustancias sobre todo cuando los sujetos no cumplen la prescripción farmacológica.

- No existen unos síntomas de la esquizofrenia más asociados a la violencia que otros, sin embargo, si parece que el subtipo paranoide muestra mayor peligrosidad que otros.

3.6. EL TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA (I)

- El tratamiento de los delincuentes con esquizofrenia descansa en:
  - Fármacos
  - Atención psicológica
  - Apoyo social



- De los 3 la piedra angular es una correcta administración de los fármacos antipsicóticos adecuados al caso. En este sentido se ha producido una gran evolución de estos fármacos cada vez más eficaces y mejor tolerados.

3.6. EL TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA (II)

- El tratamiento psicosocial permite un mejor ajuste al medio. Ya no se busca "curar" la esquizofrenia mediante psicoterapia sino proporcionar apoyo y rehabilitación:
  - A ser posible en la comunidad.
  - Por medio de programas específicos, y no generalizados y vagos.
  - Combinar entrenamiento en habilidades sociales y habilidades para la vida con estrategias de apoyo comunitario.