

## LA IMPORTANCIA DE LA INTEGRACIÓN SOCIAL DE LOS ENFERMOS MENTALES PARA LA PREVENCIÓN DEL DELITO. PRESENTACIÓN DE UN CASO

THE IMPORTANCE OF SOCIAL INTEGRATION OF MENTALLY ILL FOR CRIME PREVENTION. REPORT OF A CASE

Aurora Adam Morell

Profesora Asociada

Unidad Docente de Medicina Legal y Forense

Universitat de València

Correspondencia: [aurora.adam@uv.es](mailto:aurora.adam@uv.es)

### RESUMEN

En la pericia médico-legal es muy frecuente la exploración y evaluación de enfermos mentales crónicos y graves, entre otras razones, para valorar la imputabilidad y la conveniencia de internamiento de estos enfermos. Es frecuente, además, que la comisión de delitos pueda estar relacionada con su situación de aislamiento social. La valoración del médico forense puede ser trascendente en estos casos, también para la evolución de la propia enfermedad. Ello se puede observar mediante el caso que se presenta, en el que un enfermo por trastorno esquizoafectivo y trastorno obsesivo de la personalidad cometió un delito contra la integridad moral durante varios años y donde la situación de aislamiento social influyó claramente en la evolución del proceso.

**PALABRAS CLAVE:** integración social, imputabilidad, internamiento, trastorno esquizoafectivo, trastorno obsesivo de la personalidad.

### ABSTRACT

In the medical-legal expertise, exploration and evaluation of chronic and severe mental illness are very common, among other reasons, when assessing accountability and suitability of these patients hospitalization. Moreover, it is frequent that offenses may be related to their social isolation. The coroner's valuation can be transcendent in these cases, also for the illness evolution. This can be seen through the case presented, where a patient with schizoaffective disorder and obsessive personality committed a crime against the person for several years and where the social isolation clearly influenced the evolution of the process.

**KEY WORDS:** social integration, accountability, hospitalization, schizoaffective disorder, obsessive personality disorder.

### INTRODUCCIÓN

En los últimos años se han dado cambios importantes en el abordaje de las enfermedades mentales crónicas de carácter grave. No solo la psicofarmacología ha sufrido avances, sino que se da una mayor importancia a la integración social, siendo la calidad de vida y la satisfacción de las necesidades del enfermo dos aspectos fundamentales. Según Bercovitz "el enfermo mental es, en primer lugar, un ciudadano, en segundo lugar un ciudadano enfermo, y en tercer lugar un ciudadano afectado por un tipo de enfermedad peculiar" (1).

Sin embargo siguen existiendo aspectos que son deficitarios en la atención a estos enfermos y su inclusión en la sociedad, como son la búsqueda y el mantenimiento del empleo y el desarrollo de la vida sexual (2).

Para lograr esta adaptación y el mejor tratamiento posible va a ser imprescindible la detección precoz de las enfermedades, ya desde la infancia y la adolescencia. Se hace especialmente importante la detección de factores de riesgo como pueden ser el aislamiento y la discriminación social (3), que serán fundamentales en el desarrollo y la adaptación al entorno del individuo adulto.

Dentro del amplio abanico que integran las enfermedades mentales existen algunos tipos y subtipos que suponen un mayor riesgo de exclusión social debido a las propias características del síndrome, como son la esquizofrenia, otras psicosis y los trastornos de personalidad graves. Pero es necesario tener en cuenta que, aunque los problemas que se presentan son bastante similares en todas las enfermedades mentales graves, en la realidad estos se concretan de forma individualizada. La atención y servicios que reciben pueden afectar al grado de discapacidad y gravedad del trastorno, desde la completa remisión sintomatológica y un desarrollo y funcionamiento social normal independiente e integrado hasta la necesidad de supervisión constante que disminuye gravemente su grado de autonomía. Entre los elementos que definen este tipo de enfermedades y que les exponen a la dependencia y a la exclusión, se encuentran (4):

- Mayor vulnerabilidad al estrés.
- Déficit en sus habilidades y capacidades para manejarse autónomamente.
- Dificultades para interactuar socialmente.
- Dependencia elevada de otras personas y servicios sanitarios y/o sociales
- Dificultades para acceder y mantenerse en el mundo laboral.

No sólo las víctimas de esta exclusión pueden ser los enfermos, también sus familiares. Son especialmente vulnerables los familiares de personas con esquizofrenia o con algún trastorno afectivo mayor (5) y a la vez pueden influenciar de forma muy

importante en la evolución de la enfermedad y en desarrollo social del individuo afecto (6).

Se hace imprescindible eliminar la tendencia a la consideración que sigue teniendo el enfermo mental como peligroso o como amenaza, también en el ámbito judicial (7), como así trataba al mismo la derogada Ley de Peligrosidad de 1970 (8). Sin embargo, los tribunales competentes necesitan establecer el grado de peligrosidad criminal y la clase de medida de seguridad que mejor se adecue a las consideraciones concretas del sujeto declarado inimputable. Pueden definirse dos tipos de peligrosidad, la social y la criminal. La primera se refiere a la posibilidad de que un sujeto llegue a cometer hechos socialmente dañosos, mientras que a segunda se trata de un juicio de probabilidad de que un sujeto llegue a ser autor de un delito. En esta valoración la peritación médico-psiquiátrica se hace fundamental para la decisión judicial (9).

La Ley debe ser, por tanto, un elemento que asegure la protección de estos enfermos, de sus familias y de la sociedad. La legislación vigente en España tiene un carácter avanzado y un potencial desestigmatizador e inclusivo. Pero siguen existiendo obstáculos para su plena aplicación, en forma de resistencias de los propios afectados y de sus familias, de los profesionales de la sanidad y también de las instituciones (10).

Desde el punto de vista médico legal, la psiquiatría forense trata de arrojar luz respecto a los enfermos mentales que incumplen la Ley o aquellos que necesitan de la protección de la misma, en atención a su enfermedad (11). Por tanto, se solicita la pericia médica o el auxilio y colaboración de la instrucción en diversos problemas que plantea la Justicia, como son la necesidad de internamientos, la valoración de las incapacidades, la valoración de la imputabilidad de un sujeto ante un determinado delito, etc. Así el papel que debe jugar el médico encargado de realizar la pericia

forense en estos casos se estima fundamental para el correcto tratamiento del enfermo mental y su integración en la sociedad.

## EL CASO

### ANTECEDENTES PERSONALES

Varón de 45 años. Hijo de padres que se separaron cuando tenía 3 años. Es el menor de 4 hermanos. Sin contacto con su padre. Cuidado por sus abuelos paternos hasta la muerte de estos, pasando a vivir después con su madre. Cursó estudios de educación secundaria, sin llegar a la Universidad. Estudia pintura de forma autodidacta desde los 22 años. Trabajó durante cuatro meses en hostelería, sin tener más trabajos conocidos. Soltero y sin hijos.

### ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

Se encuentra en seguimiento desde 2001 por presentar un cuadro afectivo en el que se presentaban episodios mixtos maniaco-depresivos asociados a ideas delirantes de grandeza y omnipotencia y en el que aparece un patrón de personalidad obsesiva. Según sus informes clínicos, se asocian episodios afectivos francos, donde destacaba la rigidez ideacional y la sintomatología ansiosa, depresiva y anhedonia. En algunas ocasiones se presentó bloqueo mental y mutismo. El cuadro presente le provocaba una gran alteración de su capacidad adaptativa a la vida social y laboral. Se le diagnostica trastorno esquizoafectivo y trastorno obsesivo de la personalidad. En 2004 se le concede un grado de discapacidad psíquica del 65%.

Se conocen diferentes episodios de descompensación de su patología, presentando exaltación del ánimo, insomnio, discurso delirante y pérdida de contacto con la realidad.

En diciembre de 2009 ingresa en un Centro de Salud Mental, tras dos meses es trasladado a un centro de rehabilitación para su estabilización psicopatológica. Recibe el alta clínica en marzo de 2010.

## HECHOS

En el año 2001, estando con su madre en una galería de arte, conoció a una mujer de su edad y mantuvieron una breve conversación. Hasta ese momento no se habían visto nunca. Posteriormente volvió al mismo lugar donde la había conocido preguntando su nombre y más datos a otras personas. Llegó a averiguar el teléfono de la casa la mujer. Desde ese momento empezó a llamar a dicho teléfono diciendo que estaba enamorado. La mujer, en un principio, pensó que era un error, pero dada la insistencia llegó a advertirle que avisaría a la policía si continuaba con las llamadas. Lejos de cesar en su empeño, empezó a mandarle cartas e incluso llegó a presentarse en la casa, junto a su madre. Se avisó a la Guardia Civil y se realizó la denuncia correspondiente.

La denuncia interpuesta no fue un elemento suficiente para que el joven cesara en su empeño, continuando con las llamadas telefónicas e insistiendo en su enamoramiento.

Los hechos se enjuiciaron, sin la presencia del joven, siendo considerados como faltas y resultando una sentencia condenatoria para el enjuiciado como autor de una falta de coacciones.

Tras la sentencia se recibió documentación acreditando la no asistencia a juicio por estar bajo tratamiento psiquiátrico. Presentó en los Juzgados la documentación médica cuando se le requirió para el pago de la multa e indemnización fijadas. Se declaró insolvente y también se declaró extinguida la pena de multa por prescripción.

Tras este episodio, la mujer no volvió a ser molestada hasta 2006, cuando volvió a enviar correos electrónicos y a llamar por teléfono. En estos correos llegó a invitar a la mujer a que le denunciara para poder verla en el Juzgado. Ella, conocedora de su enfermedad, quiso ignorarle. Hasta que él encontró en internet la foto y la dirección de correo electrónico de

la mujer y comenzando un acoso incesante a través de correos desde una dirección que había creado con el nombre de ella. Llegó, incluso, a enviárselos a sí mismo.

Este flujo incesante de correos electrónicos duró más de un año. Bruscamente paró y, tras casi un año volvió a empezar. Consiguió además el teléfono móvil de la mujer y las llamadas y SMS se hicieron constantes y a diario. Ella declaró el miedo que sentía para sí misma, para su familia y, especialmente, si llegaba a tener una relación sentimental con otra persona.

El contenido de las misivas fue variando en este transcurso de tiempo. Desde la descripción de cada detalle del día en que se conocieron a la admisión de lo patológico de su obsesión. En algunas ocasiones envió grabaciones de audio. Otras, en cambio, escribía frases que carecen de todo sentido, repetidas a lo largo de toda la carta. En los últimos tiempos llegaron a enviarse enlaces electrónicos con contenido pornográfico.

En 2009 se cursa una denuncia por un delito contra la integridad moral. En esta la madre del joven declara que, efectivamente, su hijo se había enamorado obsesiva y profundamente de esta mujer, pero que ella también había contribuido a la situación, pues, según refería, había realizado llamadas a su domicilio mediante números desconocidos o valiéndose de otras personas. También declara que, aunque está todo el día en casa, no sabe qué hace su hijo en internet, ni cuál es su teléfono móvil ni cómo paga las facturas de este.

#### EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA

En los últimos tres años se le llegaron a realizar cuatro exploraciones psicopatológicas por parte de diferentes médicos forenses.

En todas las exploraciones se mostraba consciente y colaborador, orientado alopsíquica y autopsíquicamente, sin alteraciones en la memoria

remota, reciente ni inmediata, sin alteraciones en la comprensión ni en la concentración. El discurso era pobre, algo enlentecido y disperso. En una de las exploraciones presentaba alucinaciones auditivas de contenido místico-religioso y alteraciones en el curso del pensamiento, que se mostraba reverberante y desordenado. Sus ideas obsesivas estuvieron presentes en estos años, produciéndose una interpretación errónea de la realidad y con síntomas paranoicos, salvo en la última exploración, donde refería querer dejar atrás toda la vivencia relacionada con la obsesión, mostrando interés en la mejora de sus relaciones interpersonales y objetivos profesionales más realistas que en anteriores ocasiones. En los últimos meses se había dado un ajuste en la medicación y una mejora en el seguimiento, encontrándose en estos momentos en tratamiento con lormetazepam, quetiapina y risperidona.

Se trata de una persona que apenas sale de su casa desde los 20 años. No tiene amigos, no realiza actividades sociales, es prácticamente autodidacta en sus conocimientos y siempre se encuentra acompañado por su madre para cualquier salida del hogar.

En la primera de estas exploraciones, en 2009, se concluye que presentaba sus facultades intelectivas y volitivas alteradas y, por tanto, las bases psicobiológicas de la imputabilidad se encontraban afectadas, algo que se reafirma con la segunda y tercera exploración en 2011 y las dos últimas en 2012. En la última visita hasta la fecha se valora, además, la necesidad de un posible internamiento. Dada la estabilidad de la enfermedad gracias al ajuste de la medicación y la clara mejoría de la sintomatología obsesiva, la ausencia de síntomas psicóticos y la conciencia de enfermedad en el momento de la exploración, se recomienda el seguimiento psiquiátrico de forma ambulatoria y continuada, desaconsejando en

ese momento el internamiento. Esta es la situación en la que se encuentra en la actualidad.

## DISCUSIÓN

En este caso nos encontramos ante un enfermo joven afectado por trastorno esquizoafectivo y trastorno obsesivo de la personalidad.

Los criterios del DSM-IV-TR para el trastorno esquizoafectivo son los siguientes (12):

A. Un período continuo de enfermedad durante el que se presenta en algún momento un episodio depresivo mayor, maníaco o mixto, simultáneamente con síntomas que cumplen el Criterio A para la esquizofrenia.

B. Durante el mismo período de enfermedad ha habido ideas delirantes o alucinaciones durante al menos 2 semanas en ausencia de síntomas afectivos acusados.

C. Los síntomas que cumplen los criterios para un episodio de alteración del estado de ánimo están presentes durante una parte sustancial del total de la duración de las fases activa y residual de la enfermedad.

D. La alteración no es debida a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., una droga de abuso o un medicamento) o a enfermedad médica.

Y para el trastorno obsesivo de la personalidad, según el DSM IV-TR, se han de cumplir cuatro o más de los siguientes ítems (12):

a. Preocupación por los detalles, las normas, el orden, la organización.

b. Perfeccionamiento que interfiere en la finalización de las tareas.

c. Dedicación excesiva al trabajo y a la productividad con exclusión de las actividades de ocio y las amistades.

d. Excesiva terquedad, escrupulosidad e inflexibilidad en temas de moral, ética valores.

e. Incapacidad para tirar objetos gastados o inútiles incluso cuando no tienen un valor sentimental.

f. Es reactivo a delegar tareas o trabajo a otros, a no ser que éstos se sometan exactamente a su manera de hacer las cosas.

g. Estilo avaro en los gastos para él y para los demás.

h. Rigidez y obstinación.

En el caso que nos ocupa el enfermo ha pasado por diversas fases en la evolución de su enfermedad, presentando periodos donde los síntomas afectivos eran evidentes, sobre todo de tipo depresivo y anhedonia, con otros con predominio de clínica psicótica, con alucinaciones auditivas e ideación paranoide.

La ideación obsesiva se ha visto presente en todo su seguimiento durante 11 años, con momentos en los que, debido a la mejora sintomática con la medicación y el seguimiento psiquiátrico, se presentaba una clara consciencia de enfermedad y veía su obsesión como un elemento patológico que le abstraía de la realidad.

Tanto el trastorno esquizoafectivo como el obsesivo presentan un curso con varios episodios de reagudización y con tendencia a cronificarse.

En esta posible evolución influyen claramente los factores psicosociales, pudiendo agravar el cuadro y la tendencia hacia la cronificación. El aislamiento social es uno de ellos, el más claro en este caso. Se trata de un varón joven que proviene de una familia desestructurada en la que no tiene ningún contacto con su padre desde la infancia. En la actualidad tampoco mantiene contacto con sus hermanos. Su madre está presente en cada actividad de su vida, e incluso ha llegado a justificar su ideación obsesiva,

acompañándole incluso en sus visitas a la casa de la mujer. No mantiene ninguna actividad social desde su adolescencia, no tiene amigos ni ha podido tener parejas duraderas. Se ha formado académicamente de manera autodidacta y en su propio hogar, con apenas algunos cursos en centros educativos. Posee ideación megalomaniaca respecto a su capacidad artística y expectativas poco realistas en el ámbito laboral. Esta desconexión de la realidad le impide claramente tener un funcionamiento cognitivo y volitivo adecuado.

El seguimiento psiquiátrico y judicial del caso ha mejorado en los últimos años la evolución del trastorno y del propio caso. Se consiguió la protección de la víctima e incluso del propio enfermo con un control clínico exhaustivo. Pero también es de vital importancia para su evolución no favorecer el aislamiento social, sin dejar de incidir en su seguimiento, imponiendo medidas de internamiento, más en periodos donde la sintomatología obsesiva y psicótica se encuentra poco presente, incluso ausente.

El seguimiento ambulatorio parece, por tanto, la opción más adecuada para evitar el aislamiento que es, en este caso, el factor de riesgo de mayor importancia y que condicionaría una mala evolución.

En el futuro es vital conseguir la integración social del enfermo, con medidas como la inserción laboral y la introducción de programas de actividades sociales adecuadas a su condición y la reeducación del entorno familiar, para evitar situaciones de sobreprotección. Ello puede afectar a la evolución del proceso, pudiendo conseguir que el momento de estabilidad se prolongue e incluso se mantenga de forma ilimitada en el tiempo.

Por tanto, la mejor forma de proteger a la sociedad de un enfermo que infringe sus normas no debe ser siempre su aislamiento, pues ello puede agravar su patología e incluso su peligrosidad. Conseguir una mejor adaptación social del mismo

mejora las expectativas de su evolución e, incluso, de la seguridad de su entorno.

### AGRADECIMIENTOS

A los compañeros médicos forenses del Instituto de Medicina Legal de Castellón Javier Flores y María José De Luís por su apoyo y excelencia profesional.

### BIBLIOGRAFÍA

1. BERCOVITZ R. Psiquiatría y Derecho. En Glez. de Rivera JL, Vela, A. y Arana, J (ed.). Manual de Psiquiatría. Madrid: Karpos; 1980. p: 1238-1255.
2. SALVADOR-CARULLA L; et al. Sexualidad y enfermedad mental crónica. En: Sexualidad y personas con discapacidad psíquica. Madrid: FEAPS, 2000. p. 361-378.
3. Informe sobre salud mental de niños y adolescentes. Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2008. Disponible en: [http://www.aeppc.net/arc/LaSaludMental\\_I-J.pdf](http://www.aeppc.net/arc/LaSaludMental_I-J.pdf)
4. Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Madrid, 2002.
5. KADRI N, et al. Stigma impact on Moroccan families of patients with schizophrenia. Canadian Journal of Psychiatry. 2004
6. MERINO H, PEREIRA M. Familia y esquizofrenia: Una revisión desde el punto de vista de la interacción familiar. Anales de psicología. 1990.
7. ESPINOSA IBORRA J. El tratamiento del enfermo mental en el nuevo código. Revista Española de Neuropsiquiatría. 1997.
8. Ley 16/1970 de 4 de agosto, sobre peligrosidad y rehabilitación social. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/1970/08/06/pdfs/A12551-12557.pdf>
9. VILLANUEVA E; VALENZUELA A. La prognosis criminal, en GISBERT JA, Medicina Legal y Toxicología, 6ª ed. Masson. Barcelona. 2004.
10. GONZÁLEZ ÁLVAREZ O. Enfermedad mental, estigma y legislación. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2009

11. GARCÍA ANDRADE JA. Psiquiatría criminal y forense. Centro de estudios Ramón Areces. 1996.

12. DSM-IV-TR. Breviario. Criterios diagnósticos. Ed. Masson. 2002